

Fundacja Moc Pomocy
ul. Litewska 2 lok.68
51-354 Wrocław

DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚRODKÓW

.....
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

.....
(data zawarcia Porozumienia o udostępnieniu konta)

data wystawienia	Kontrahent	Nr faktury	Kwota	Opis

Suma

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów na leczenie/rehabilitację

..... wg powyższej tabeli, ze środków
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

zgromadzonych na subkoncie
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

Powyższą kwotę proszę o zwrot na konto o nr:

.....
(podpis składającego dyspozycję)