

....., dnia .....

Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”  
z siedzibą w Katowicach  
przy ul. Dąbrowskiego 22 pok. 121

**WNIOSEK O REFINANSOWANIE**

Ja, ..... zamieszkały/a w .....,  
przy ul. .... zwracam się z prośbą o zrefinansowanie kosztów  
związanych z leczeniem (imię i nazwisko chorego) .....  
Faktury dotyczy zakupu leków, środków higienicznych, kosztów badań, kosztów pobytu w placówce  
opieki medycznej, kosztów dojazdu do placówki opieki medycznej, sprzętu rehabilitacyjnego. (\*)  
wykaz faktur:

1. nr fa ..... data fa ..... kwota ..... zł rodzaj zakupu .....
2. nr fa ..... data fa ..... kwota ..... zł rodzaj zakupu .....
3. nr fa ..... data fa ..... kwota ..... zł rodzaj zakupu .....
4. nr fa ..... data fa ..... kwota ..... zł rodzaj zakupu .....
5. nr fa ..... data fa ..... kwota ..... zł rodzaj zakupu .....

Co daje sumaryczną kwotę: ..... zł

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie dokumentacji przekazanej przeze mnie Fundacji w celu związanym z udzieleniem mi pomocy finansowej w ramach wniosku o zrefinansowanie kosztów leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku, t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, Poz. 926 ze zm.).

\_\_\_\_\_  
[podpis]

\* Niepotrzebne skreślić.

Zarząd Fundacji postanawia przyznać kwotę refundacji w wysokości .....zł

.....  
data i podpisy członków Zarządu Fundacji

.....  
data wykonania przelewu bankowego