

6. Załączniki do wniosku potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem (faktury lub rachunki):

L.p.	Nr faktury/rachunku	kwota	L. p.	Nr faktury/rachunku	kwota
1.			16.		
2.			17.		
3.			18.		
4.			19.		
5.			20.		
6.			21.		
7.			22.		
8.			23.		
9.			24.		
10.			25.		
11.			26.		
12.			27.		
13.			28.		
14.			29.		
15.			30.		

Całkowita kwota ze wszystkich faktur/rachunków:

7. Nr konta bankowego.....

8. Oświadczam, że dochód brutto na jednego członka rodziny wynosi.....zł.

Komisja na posiedzeniu w dniuprzyznała jednorazową zapomogę w kwocie, słownie

Uwagi Komisji:

.....

Podpisy Komisji:

Przewodniczący:

Członek:

Członek:

Członek: