|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , dn. |  |
| Miejscowość |  | Data |

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Podopiecznego / Przedstawiciela |

**STOWARZYSZENIE „CAŁA NAPRZÓD”**

ul. Szpitalna 8 p. 414, 44-190 Knurów

**WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu (w szczególności w zakresie kwalifikowanych kosztów oraz warunków, jakie muszą spełniać faktury oraz inne dokumenty księgowe) i zwracam się z prośbą o przelew na rachunek bankowy wystawcy załączonego dokumentu.

Zwracam się z prośbą o pokrycie kosztów:

|  |
| --- |
|  |
| Przedmiot wniosku np. zakup sprzętu rehabilitacyjnego, terapia. |
|  |
| Numer załączonego dokumentu finansowego. |
|  |
| Nazwa i adres wystawcy dokumentu finansowego. |
|  |
| Numer rachunku wystawcy dokumentu finansowego. |
|  |
| Kwota przelewu. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis przyjmującego wniosek Podpis Podopiecznego / Przedstawiciela

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie "Cała Naprzód", ul. Zwycięstwa 1/1, 44-100 Gliwice, którego akta rejestrowe przechowuje Sąd Rejonowy w Gliwicach, X wydział KRS, NIP: 6312589810, KRS: 0000328818. Dane przetwarzane są w celu realizacji porozumienia o wsparcie zawartego ze Stowarzyszeniem na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a (dane dotyczące zdrowia) RODO. Szczegóły związane z przetwarzaniem danych osobowych znajdują się w dołączonym dokumencie z obowiązkiem informacyjnym.

**DECYZJA O POKRYCIU KOSZTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| Wniosek o pokrycie kosztów został rozpatrzony pozytywnie / został odrzucony dnia |  |

**Uzasadnienie odrzucenia wniosku i/lub inne uwagi**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis członka Zarządu Stowarzyszenia