Załącznik nr 10 do Regulaminu świadczenia i korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnościami w ramach *Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”*

…………………………………… Bukowsko, ………………….

……………………………………

……………………………………

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH w BUKOWSKU**

**BUKOWSKO 290**

**38-505 BUKOWSKO**

Uprzejmie proszę o zwrot kwoty w wysokości ...................................................... zł. Stanowiącej zapłatę za zakup:

……………………………………………………………………………………………………………

W ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2025r.

Oświadczam, że należność za faktury/paragony: (numer faktury, kontrahent)

1……………………………………………….

2……………………………………………….

3……………………………………………….

Zapłaciłam/em z własnych środków, w związku z tym zwracam się z prośbą o zwrot na moje

konto osobiste ………….………………………………………………………………………..

 (numer konta)

………………………………..

(Podpis)

Sprawdzono pod względem merytorycznym

.....................................................

(data i podpis)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

........................................................

(data i podpis)

Zatwierdzam do wypłaty

.......................................................

(data i podpis)