

Dyspozycja wydatkowania środków

Proszę o zapłatę/zwrot* poniesionych kosztów za zakup:

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

ze środków zgromadzonych na koncie Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni z siedzibą w Szczecinie, z tytułu darowizn oraz odpisu 1% od podatku dochodowego od osób fizycznych ze wskazaniem.

Zwrot poniesionych kosztów proszę dokonać na konto (NRB):

.....

.....
Podpis Korzystającego

* Niepotrzebne skreślić