



Wniosek o refundację nr

(pole uzupełnione przez System)

Ja, niżej podpisana/y

(pole uzupełnione przez System)

PESEL:

(pole uzupełnione przez System)

Zamieszkała/y:

(pole uzupełnione przez System)

W oparciu o zawartą Umowę nr

(pole uzupełnione przez System)

uczestnictwa w projekcie „Zachodniopomorskie Małe Skarby - II edycja” wnoszę o refundację poniesionych przeze mnie kosztów opieki **do wysokości** określonej w Regulaminie projektu „Zachodniopomorskie Małe Skarby - II edycja”.

Dotyczy dziecka/ dzieci (imię i nazwisko):

1.

(pole uzupełnione przez System)

2.

(pole uzupełnione przez System)

na wskazaną placówkę wsparcia (zaznaczyć):

<input type="checkbox"/>	ŻŁOBEK
<input type="checkbox"/>	KLUB DZIECIĘCY
<input type="checkbox"/>	OPIEKUN DZIENNY
<input type="checkbox"/>	PRZEDSZKOLE

za okres od do

