

Wniosek nr.
Kod beneficjenta

WNIOSEK O WYPŁATE ZALICZKI NA PODRÓŻ DO KLINIKI ZA GRANICĄ

.....

(imię i nazwisko właściciela konta, na które należy dokonać przelewu)

.....

(Adres zamieszkania, nr. telefonu)

Proszę o wypłacenie zaliczki z subkonta

(imię i nazwisko podopiecznego)

oraz przelanie kwoty PLN na konto nr.

*(podać **tylko** w przypadku pierwszego rozliczenia)*

Zaliczkę zobowiązuję się rozliczyć w terminie 30 dni od powrotu z kliniki.

.....

(Podpis wnioskującego)