

Załącznik Nr 6 (Zestawienie faktur)

**Do Procedury ubiegania się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
w Zespole Szkolno – Przedszkolnym Nr 5 w Gliwicach**

WYKAZ FAKTUR do wniosku Pana/i:

Lp.	Nr faktury	Data faktury	Kwota faktury [zł]	Kwota z faktury zakwalifikowana do refundacji [zł]
RAZEM:				

.....
sporządził

.....
dyrektor

Gliwice, dn.