

....., dnia .....

Miejscowość

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres

.....  
Telefon kontaktowy

Dolnośląska Fundacja Rozwoju  
Ochrony Zdrowia  
ul. Lotnicza 37  
55-154 Wrocław

**Wniosek o udzielenie zaliczki z subkonta .....**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie mi zaliczki w kwocie ..... zł  
(słownie złotych: .....).

Zaliczka przeznaczona będzie na .....  
.....  
.....

Kwotę zaliczki zobowiązuję się rozliczyć dokumentami finansowymi wystawionymi na  
Dolnośląską Fundację Rozwoju Ochrony Zdrowia do dnia .....

Zaliczkę proszę przelać na konto:

.....  
Imię i nazwisko, adres posiadacza rachunku bankowego

.....  
Nr konta bankowego

.....  
Podpis

Decyzja Dyrektora

Data ..... Podpis .....