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

/stopień, imię i nazwisko żołnierza/ /miejscowość, data/

 **Wniosek o zwrot kosztów leczenia nr ......./......../….........**

(nr kolejny/nr miesiąca/rok)

Wnioskuję o zwrot kosztów leczenia ..................................................................................

 /imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, data urodzenia dziecka/

poniesionych w miesiącu ....................... …..….. r.

zgodnie z poniższą specyfikacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data rachunku | Kwotarachunku bez refundacji | Waluta | % zwrotu z ubezpie-czalni | Kwota zwrotu z ubezpieczalni | % zwrotu zgodnie z rozporządzeniem RM\* | Kwota zwrotu zgodnie z rozporządzeniem RM\* | Kwota refundacji (kol. 8 - kol. 6) | Kwota refundacji w Euro | Rodzaj świadczeń | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R a z e m |  |  |  |  |  |  |  |

\*rozporządzenie Rady Ministrów z dnia z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie pełnienia zawodowej służby wojskowej poza granicami państwa (Dz. U. poz. 479).

Załączone kopie rachunków zostały potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną i opisane zgodnie ze stanem faktycznym

Przeliczenia na EUR dokonano po kursie średnim NBP z dnia wystawienia rachunków.

Załączników: …... na ........ str.

|  |
| --- |
|  |

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

 /podpis wnioskodawcy/