

Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Integracyjnego

Zakład pracy

(miejscowość, data)

Wykaz osób uczestniczących w spotkaniu integracyjnym

[illegible]

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za wykorzystanie środków zgodnie z przeznaczeniem:

Adres zamieszkania

telefon:

Proszę o zwrot należności na konto nr:

[illegible]

Wykaz faktur do rozliczenia:

Dane do faktury: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu, 87-100 Toruń, ul. Szosa Chełmińska 254-258, NIP 9561921506

Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Integracyjnego

1. (data, miejsce zakupu, kwota zakupu, nr faktury, jeśli znany):.....

.....
.....

2. (data, miejsce zakupu, kwota zakupu, nr faktury, jeśli znany):.....

.....
.....

.....
podpis