Miejscowość, data

……………………….

Imię i nazwisko

………………………..

Nazwa prowadzonej działalności

…………………………….

…………………………….

…………………………….

Adres do korespondencji

…………………………

Nr PFRON/NIP/REGON\*

Dot. Wn-U-G/Wn-U-A/Wn-D\*

**Wniosek**

Zwracam się z wnioskiem:

* o wydanie decyzji o wysokości refundacji/dofinansowania\*

za okres………………………………………………………………………………………..

**Uzasadnienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ….……………………………….

Czytelny, odręczny podpis strony,

bądź osoby upoważnionej

\*niepotrzebne skreślić