

### ROZLICZENIE KOSZTÓW DOJAZDU NA KONTROLĘ/LECZENIE

Imię i nazwisko dziecka:			
Było na kontroli /leczeniu w dniach			
W ośrodku – podać nazwę,, miasto, Rodzaj (kardiologia/inny - jaki)			
Lekarz u którego była wizyta			
Środek transportu		Samochód	
Trasa skąd – dokąd:			
Nr rejestr.		Rodzaj paliwa: benzyna/olej/gaz	
Data wizyty	Cel wizyty	Ilość km w obie strony	Potwierdzenie odbycia wizyty
Suma kilometrów		x stawka**	Razem do wypłaty
Podpis Opiekuna			Data

\*Fundacja akceptuje poniesione koszty przejazdów wyłącznie na podstawie ORYGINAŁÓW dokumentów tj. biletów, faktur;

\*\* przyjmuje się stawkę ryczałtu za 1 km: benzyna/olej 50gr/km, gaz 30 gr/km