

ROZLICZENIE KOSZTÓW DOJAZDU NA KONTROLĘ/LECZENIE

Imię i nazwisko dziecka:					
Było na kontroli /leczeniu w dniach					
W ośrodku – podaj 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 70gr/km, gaz 50 gr/km