ROZLICZENIE KOSZTÓW DOJAZDU NA KONTROLĘ/LECZENIE

ZC nr:		**Prowadzona na rzecz**	

INFORMACJE O KONTROLI / LECZENIU	
Imię i nazwisko dziecka:	
Było na kontroli /leczeniu w dniach	
W ośrodku – podać nazwę,, miasto, Rodzaj (kardiologia/inny - jaki)	
Lekarz u którego była wizyta	

INFORMACJE O PODRÓŻY NA KONTROLĘ / LECZENIE				
Środek transportu	Samochód		R-ek za paliwo w załączeniu*	
Trasa skąd – dokąd:				
Marka pojazdu		Nr rejestr.		
Pojemność silnika		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

WYPEŁNIA FUNDACJA – zaakceptowano do wypłaty

*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