PODANIE O ZWROT KOSZTÓW

PRZEJAZDU SAMOCHODEM OSOBOWYM

Imię i Nazwisko Członka Programu: .....

Adres zamieszkania Członka Programu: .....

W związku z par.6 Statutu Fundacji proszę o zwrot kosztów przejazdu poniesionych w związku z chorobą.

Cel wyjazdu: .....

.....

.....

Proszę o wypłatę z mojego subkonta na poniżej wskazany rachunek bankowy :

Trasa przejazdu:

LP	Data wyjazdu	Trasa (skąd, dokąd)	Liczba przejechanych kilometrów	Typ pojazdu[1] [A, B]
1				
2				
3				
4				
		Suma		

Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami rozliczania kosztów przejazdu obowiązującymi w Fundacji Dobro Powraca zamieszczonymi na stronie internetowej.

Dołączam:

- Faktury za paliwo wystawione na Członka Programu
- Zaświadczenia o pobycie/wizycie z podaną datą realizacji, za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym, za zajęcia rehabilitacyjne, za pobyt w szpitalu lub wizytę lekarską będące celem przejazdu lub dokumentujące to faktury/rachunki), inne (jakie?)[2]

  .....

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....

Podpis Członka Programu, data

1 [A] samochód osobowy o pojemności do 900cm3, [B] samochód osobowy o pojemności powyżej 900 cm3

2 Niepotrzebne skreślić