

Dolnośląska Fundacja Rozwoju
 Ochrony Zdrowia
 ul. Lotnicza 37
 54-154 Wrocław
 NIP 899-17-72-534

ZESTAWIENIE KOSZTÓW DOJAZDU NR

z dnia

dla

Imię i nazwisko kierowcy lub opiekuna

do

Miejscowość

na czas od

do

w celu

W wypadku podróży autem prosimy podać: markę samochodu, pojemność silnika, numer rejestracyjny pojazdu. W przypadku podróży PKS lub PKP prosimy załączyć bilety

środek lokomocji

Pieczętka, data i podpis instytucji do której udał się delegowany

Zestawienie kosztów dojazdu dotyczy (Hasło subkonta, imię i nazwisko podopiecznego)

Zwracam się z prośbą o refundację poniesionych kosztów dojazdów na rehabilitację i leczenie

.....

Podpis dysponenta

RACHUNEK KOSZTÓW

WYJAZD			PRZYJAZD			Środek lokomocji	koszty przejazdu
miejscowość	data	godzina	miejscowość	data	godzina		

Rachunek sprawdzono pod względem

formalnym i rachunkowym

merytorycznym

Ryczałty za dojazdy

Data

Podpis

Data

Podpis

Razem przejazdy, dojazdy

Zatwierdzono na sumę:

Noclegi wg rachunków

Finansowane z:

Słownie:

Inne wydatki wg załączników

SUMA OGÓŁEM

pozycja

Załączniki

Pobrana zaliczka

Do wypłaty / zwrotu

Kwituję odbiór kwoty:

Niniejszy rachunek przedkładam

słownie:

data

podpis

data

podpis