

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

ZESTAWIENIE ZBIORCZE KOSZTÓW DOJAZDU NR

z dnia

dla

Imię i nazwisko kierowcy lub opiekuna

Zestawienie kosztów dojazdu
dotyczy:

Hasło subkonta

do

Miejscowość

Imię i nazwisko

na czas od

Data pierwszego dnia wyjazdu

do

Data ostatniego dnia wyjazdu

podopiecznego

Polecenie to dotyczy wyjazdów wykonywanych w ciągu 1 miesiąca kalendarzowego do tej samej miejscowości

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

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

.....

Podpis dysponenta

(Wypełnia Fundacja)

RACHUNEK KOSZTÓW

Rachunek sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym		merytorycznym			
Data		Podpis		Razem przejazdy, dojazdy	
Zatwierdzono na sumę:		Data		Noclegi wg rachunków	
Finansowane z:		Słownie:		Inne wydatki wg załączników	
pozycja				SUMA OGÓŁEM	
				Załączniki	
				Pobrana zaliczka	
				Do wypłaty / zwrotu	

Lp.	WYJAZD			PRZYJAZD			Ilość kilometrów	Wartość	Potwierdzenie <small>(pieczęćka, data podpis)</small>
	Miejscowość	Data	Godzina	Miejscowość	Data	Godzina			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Kwituję odbiór kwoty						Niniejszy rachunek przedkładam			
Słownie złotych:						Data		Podpis kierowcy lub opiekuna	
Data			Podpis						