

dla **RAFAŁ KOWALSKI**

Miejscowość

**WARSZAWA**

Data pierwszego dnia wyjazdu

**18.11.2021**

do

Data ostatniego dnia wyjazdu

**19.11.2021**

Polecenie to dotyczy wyjazdów wykonywanych w ciągu 1 miesiąca kalendarzowego

w celu

**KONSULTACJA MEDYCZNA**

W wypadku podróży autem posiadamy podać: markę samochodu, pojemność silnika, numer rejestracji pojazdu. W przypadku podróży PKS lub RPK prosimy załączyć bilet

środek lokomocji

**MARKA SAMOCHODU  
POJEMNOŚĆ SILNIKA  
NR REJESTRACYJNY**

**DATA**

**PODPIS**

data

Podpis Wnioskodawcy

### RACHUNEK KOSZTÓW PODRÓŻY

(Wypełnia Fundacja)

Rachunek sprawdzono pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym

Ryczałty za dojazdy

0,60 zł/km

Razem przejazdy, dojazdy km.

data

podpisy

Diety

Noclegi wg rachunków

Zatwierdzono na sumę:

Noclegi ryczałt

Inne wydatki wg załączników

Finansowane z:

**SUMA OGÓŁEM**

Załączniki

Pobrana zaliczka

pozycja

Do wypłaty



L.p.	WYJAZD			PRZYJAZD			Ilość km	Potwierdzenie (pieczęćka nagłówkowa podmiotu, data i podpis pracownika podmiotu)
	Miejscowość (dokładny adres)	Data	Godz.	Miejscowość (dokładny adres)	Data	Godz.		
1	WROCŁAW (54-130), UL. HORBA- CZEWSKIEGO 24	18.11. 2021	6:00	WARSZAWA (04-730), ALEJA DZIECI POLSKICH 20	18.11. 2021	11:00	498	PIECZYTKA DATA PODPIS
	WARSZAWA (04-730), ALEJA DZIECI POLSKICH 20	19.11. 2021	14:00	WROCŁAW, UL. HORBA-CZEWSKIEGO 24	19.11. 2021	19:00		
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Niniejszy rachunek przedkładam

Data:

Podpis kierowcy lub opiekuna:



Fundacja "Potrafię Pomóc"  
na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych  
z Wadami Rozwojowymi

ul. Horbaczewskiego 24  
54-130 Wrocław  
[www.potrapiępomoc.org.pl](http://www.potrapiępomoc.org.pl)

KRS 0000303590  
REGON 020727657  
NIP 899-264-29-28

