Fahrtkostenabrechnung

Hospizgruppe Bünde
Dem Leben Raum geben.

Name und Adresse (EA):
.....

.....

Name und Adresse (Begleitung): .....

.....

Zeitraum: .....

Mir sind für Begleitungen folgende Fahrtkosten entstanden:

Datum **Strecke** **km**

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

Übertrag von Rückseite: .....

Summe (km): .....

( ) Bitte überweisen Sie mir die Erstattung auf folgendes Konto:

Institut: ..... IBAN: .....

( ) Ich spende das Geld für die Hospizgruppe Bünde

Betrag:

Datum, Unterschrift Koordination

_____

Datum, Unterschrift Ehrenamt

_____

Datum **Strecke** **km**

.

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

. .....

.. ..

.. ..

.. ..

. .....

Summe (bitte auf Vorderseite übertragen): .....