

<b>Naam</b> :	<b>Adres</b> :
<b>Persoonsnr.</b> (indien bekend) :	<b>Woonplaats</b> :
<b>Locatie CR lid</b> :	<b>Telefoonnr</b> :
	<b>Emailadres</b> :
**Als u eerder declaraties heeft ingediend zullen BSN en IBAN nr.. bekend zijn in onze administratie. In dat geval hoeft u deze gegevens <b>niet</b> opnieuw te verstrekken	<b>BSN nr **</b> :
<b>Bankrekening (IBAN)**</b>	

<b>A: REISKOSTEN eigen auto</b>						
Datum:	Van:	Naar:	Omschrijving (verplicht)	Km's Enkele reisafstand	Enkel =E Retour=R	Totaal aantal km:

<b>B, REISKOSTEN Openbaar Vervoer</b> (bewijsstukken bijvoegen)		
Datum:	Omschrijving (verplicht)	Bedrag

<b>C, VERGOEDING CENTRALE CLIËNTENRAAD</b>			
Declaratieperiode:	Vergoedingsbedrag per maand:	Aantal maanden:	Totaal bedrag Vergoeding CCR
	<b>€ 100,00</b> (miv.01-01-2021)		<b>€</b>

Handtekening indiener (CCR lid):	Datum:
----------------------------------	--------

**Formulier inleveren bij of ter attentie secretariaat Raad van Bestuur (Molentocht)**

<b>Akkoord namens De Zorgcirkel:</b>		
Naam Lid RvB:	Handtekening:	Datum:

Na ondertekening Raad va Bestuur is RvB verantwoordelijk voor inleveren bij de afdeling SA – SA verwerkt de declaratie

In te vullen door SA	<b>Reg.nr.</b> :	<b>Verwerkingsperiode SA:</b>
Bedrag km.vergoeding	Code P00243	
Overige reiskosten (onbelast)	Code P01365	<b>Paraaf SA:</b>
<b>Vergoeding Centrale Cliëntenraad</b>	Code <b>P06877</b> : €	