

**RÜCKVERGÜTUNGSGESUCH DER FAHRTSPESEN ZUM DIALYSE - UND
 TRANSPLANTATIONSZENTRUM L.G.Nr. 7 Art. 81 VOM 5.3.2001**
RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE VIAGGI AL CENTRO DIALISI O AL CENTRO TRAPIANTI
L.P.NR. 7 art. 81 del 05/03/2001

Zuname/Vorname.....
 Cognome/nome
 geboren am..... in
 nato il a
 wohnhaft in PLZ.
 residente a CAP
 Steuernummer
 Codice fiscale
 Fahrzeug: Kennnummer.....
 Autoveicolo Targa

Monat Mese	Anzahl Fahrten Nr. Viaggi	Wohnort Residenza	Dialyse-Transplantations Zentrum Centro dialisi/Centro trapianti	KM hin u. zurück andata/ritorno	Gesamte Km Totale km
Jan./Genn.					
Febr./Febbr.					
März/Marzo					
April/Aprile					
Mai/Maggio					
Juni/Giugno					
Juli/luglio					
Aug./Agosto					
Sept./Sett.					
Okt./Ott.					
Nov./Nov.					
Dez./Dic.					
Insges./Totale Km					

Il/la sottoscritt.. consapevole delle conseguenze penali in caso di false attestazioni, dichiara che i dati forniti sono veritieri. Der/Die Unterfertigte - in Kenntnis, dass nicht wahre Erklärungen gesetzlich verfolgbar sind -erklärt , dass die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß sind.

FIRMA /UNTERSCHRIFT DATA/DATUM

Spende deine 5 Promille/dona il tuo cinque per mille: Steuernr./cod. fisc.:80021120219