



nierenere

südtiroler nierenkrankenverein EO
associazione altoatesina nefropatici ODV

**Rückvergütungsgesuch für Fahrtkosten zur
Dialyse und zu den Kontrollvisiten der
Transplantierten und chronisch
Nierenkranken**

Jahr 20.....

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Fahrzeug: Kennz.:

**Richiesta di rimborso spese viaggi al centro
dialisi o alla visita ambulatoriale dei
trapiantati e nefropatici cronici**

Anno 20.....

Nome e cognome:

.....

Data di nascita:

Indirizzo:

.....

Autoveicolo: Targa:

Monat Mese	Anzahl Fahrten Nr. Viaggi	Wohnung Abitazione	Dialyse- bzw. Transplanta- tionszentrum/ Transplant- ambulanz KH Centro dialisi/ Ambulatorio Trapiantati/Centro Trapian.	Km Hin u. zurück Km A/R	Gesamte KM Totale KM
JAN/GEN					
FEB/FEB					
MÄR/MAR					
APR/APR					
MAI/MAG					
JUN/GIU					
JUL/LUG					
AUG/AGO					
SEP/SET					
OKT/OTT					
NOV/NOV					
DEZ/DIC					
				GESAMT KM	
				KM TOTALI	

Ich erkläre unter meiner persönlichen Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen im Falle falscher Angaben, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Dichiaro, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, che i dati forniti sono veritieri.

Abzugeben **bis spätestens 23. Dezember.**

Da consegnare **entro e non oltre il 23 dicembre.**

Datum/Data

Unterschrift/Firma

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