

Nazwa Ośrodka rehabilitacyjnego

zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Rozliczenie do noty nr: za zwrot kosztów przejazdu

Umowa nr:

Turnus od: do:

Lp.	Nazwisko i Imię	PESEL	Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)	Podstawa zwrotu:	Liczba km:	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 5 i 6)	Forma zwrotu	Podpis osoby skierowanej
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Podstawa zwrotu:

B -bilety
K -kilometry
B+K -bilety+kilometry

Forma zwrotu:

G -gotówka
P -przelew
PP -przekaz pocztowy

RAZEM	0,00
-------	------

kwalifikowany podpis elektroniczny