Abrechnung Transport

Versicherte Person

Name	Vorname	Kundennummer

Angaben zur Person, welche die Fahrt macht

Name	Vorname	Adresse

Rechnung

Monat	**Jahr**	Entschädigung pro Kilometer CHF
		CHF 0.70

Wir bitten um eine genaue Beschreibung pro Tag

Datum	**Wohin** (z.B. Physiotherapie, Chemotherapie, Dialysen etc.)	**Anzahl Kilometer**	**Betrag in CHF**
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
Total Kilometer		0.0	
Totalbetrag CHF			**0.00**

Betrag erhalten

Ort / Datum	Unterschrift Fahrer

Einsenden an:
CSS, Leistungsprüfung, Postfach 2568, 6002 Luzern