



Kinderherzhilfe Vechta e.V.

Antrag auf Fahrtkostenerstattung

- Für Fahrtkostenerstattung – keine allgemeine Unterstützung! -

Antragsteller

Name, Vorname	
Telefon	
E-Mail	

Antragsgegenstand

Betroffene Person	
Grund der Fahrt (z.B. Kontrolluntersuchung od. OP im Herzzentrum)	
Gefahrene Kilometer (Bitte aufschlüsseln, notfalls auf Zusatzblatt dem Antrag beifügen)	
Gesamtkilometer	km x 0,30 € pro Kilometer
Zu erstattende Gesamtsumme	

Bitte die Kostenerstattung auf folgendes Konto überweisen:

Kontoinhaber	
Kontonummer / IBAN	
BLZ	
Institut	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Kinderherzhilfe Vechta e.V.

Bitte den Antrag einreichen bei:

Dirk Rilling (Kassenwart), Kinderherzhilfe Vechta e.V.