



# Kinderherzhilfe Vechta e.V.

## Antrag auf Fahrkostenerstattung

- Für Fahrkostenerstattung – 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 <b>0,30 € pro Kilometer</b>
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.