

<b>Naam</b> :	<b>Adres</b> :
<b>Persoonsnr.</b> (indien bekend) :	<b>Woonplaats</b> :
<b>Locatie CR lid</b> :	<b>Telefoonnr</b> :
	<b>Emailadres</b> :
**Als u eerder declaraties heeft ingediend zullen BSN en IBAN nr.. bekend zijn in onze administratie. In dat geval hoeft u deze gegevens niet opnieuw te verstrekken	
<b>Bankrekening (IBAN)**</b>	<b>BSN nr **</b> :

<b>A: REISKOSTEN eigen auto</b> <i>(alleen voor niet-CCR leden)</i>						
Datum:	Van:	Naar:	Omschrijving (verplicht)	Km's Enkele reisafstand	Enkel =E Retour=R	Totaal aantal km:
<b>Totaal aantal km eigen vervoer:</b>						

<b>B. REISKOSTEN Openbaar Vervoer</b> <i>(bewijsstukken bijvoegen) - alleen voor niet-CCR leden)</i>		
Datum:	Omschrijving (verplicht)	Bedrag
<b>Totaal Bedrag REISKOSTEN Openbaar vervoer:</b>		€

<b>C. VERGOEDING CLIËNTENRAAD</b>			
Declaratieperiode:	Vergoedingsbedrag per maand:	Aantal maanden:	Totaal bedrag Vergoeding CCR
	<b>€ 50,00</b>		€

Handtekening indiener (CR lid):	Datum:
---------------------------------	--------

<b>Akkoord voorzitter Cliëntenraad:</b> (is indiener de voorzitter, dan is akkoord van de secretaris vereist)		
Naam Voorzitter (Secretaris):	Handtekening:	Datum:

**Formulier inleveren bij of ter attentie van de Regiomanager  
betalingsmoment is afhankelijk van de datum indienen door de coördinator**

<b>Akkoord namens De Zorgcirkel:</b>		
Naam Regiomanager	Handtekening:	Datum:

Na ondertekening Regiomanager is de RM verantwoordelijk voor inleveren bij de Vrijwilligerscoördinator van de locatie  
Coördinator dient declaratie in via Youforce **-ingediend voor de 10e v.d.maand: betaling zelfde maand, anders volgende maand**