

Naam :	Adres :
Persoonsnr. (indien bekend) :	Woonplaats :
Locatie (R)CR lid :	Telefoonnr :
	Emailadres :
**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	
Bankrekening (IBAN)**	BSN nr ** :

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

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

C. VERGOEDING (Regionale-)CLIËNTENRAAD			
Declaratieperiode:	Vergoedingsbedrag per maand:	Aantal maanden:	Totaal bedrag Vergoeding (R)CR
	€ 50,00		€

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

Akkoord voorzitter (Regionale-) Cliëntenraad: (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**

Akkoord namens De Zorgcirkel:		
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**