

Naam :	Adres :
Persoonsnr. (indien bekend) :	Woonplaats :
Locatie 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	
	BSN nr ** :
Bankrekening (IBAN)**	

A: REISKOSTEN eigen auto						
Datum:	Van:	Naar:	Omschrijving (verplicht)	Km's Enkele reisafstand	Enkel =E Retour=R	Totaal aantal km:
Reiskosten kunnen in verband met maximale belastingvrije vrijwilligersvergoeding niet door CCR-leden gedeclareerd worden						

B, REISKOSTEN Openbaar Vervoer (bewijsstukken bijvoegen)		
Datum:	Omschrijving (verplicht)	Bedrag
Reiskosten kunnen in verband met maximale belastingvrije vrijwilligersvergoeding niet door CCR-leden gedeclareerd worden		

C, VERGOEDING CENTRALE CLIËNTENRAAD			
Declaratieperiode:	Vergoedingsbedrag per maand:	Aantal maanden:	Totaal bedrag Vergoeding CCR
	€ 100,00 (miv.01-01-2021)		€

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

Akkoord penningmeester Centrale Cliëntenraad: (is indiener de penningmeester, dan is akkoord van de voorzitter CCR vereist)		
Naam Penningmeester (Voorzitter):	Handtekening:	Datum:

Formulier inleveren bij of ter attentie secretariaat Raad van Bestuur (Molentocht)

Akkoord namens De Zorgcirkel:		
Naam Lid RvB:	Handtekening:	Datum:

Na ondertekening Raad va Bestuur is RvB verantwoordelijk voor inleveren bij de afdeling PSA – PSA verwerkt de declaratie

In te vullen door PSA	Reg.nr. :	Verwerkingsperiode PSA: Paraaf PSA:
Bedrag km.vergoeding	Code P00243	
Overige reiskosten (onbelast)	Code P01365	
Vergoeding Centrale Cliëntenraad	Code P06877 : €	