Załącznik nr 10

. . . .

. . . .

Dane asystenta osoby niepełnosprawnej
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU, np. TAKSÓWKĄ [1,2)]

za miesiąc ……..…. ……r.

L.p.	Data podróży	Cel podróży	Wartość przejazdu zł gr	Podpis asystenta
1	2	3	4	5
Razem				

[1)] do ewidencji należy dołączyć dowód poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd,

[2)] zakres realizacji usług: w granicach administracyjnych województwa kujawsko-pomorskiego.