



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

DECLARATIEFORMULIER

Naam:

Over te maken naar:

Adres:

IBAN-nummer:

Postcode:

T.n.v.

Plaatsnaam:

te

Bestuur/ Commissie/ Werkgroep	Datum	Traject reis + omschrijving	Aantal km) ¹	Openbaar vervoer) ²	Diversen) ²	Totaal kosten
						€
						€
						€
						€

Totaal gedeclareerde kosten	€
-----------------------------	---

)¹ Vergoeding eigen vervoer € 0,23/km.

)² Bewijs openbaar vervoer en/of originele nota's bijvoegen.

Ondergetekende aanvaardt de volledige verantwoording van het invullen van deze declaratie:

Datum:

Handtekening:

Declaratie dient uiterlijk 3 maanden na datum vergadering of uiterlijk vóór 31 januari van het volgende jaar, als pdf, inclusief eventuele bijlage(n) te worden verzonden naar het mailadres:

facturen@revalidatiegeneeskunde.nl