



**nierenere**

südtiroler nierenkrankenverein EO  
associazione altoatesina nefropatici ODV

**Rückvergütungsgesuch für Fahrtkosten zur  
Dialyse und zu den Kontrollvisiten der  
Transplantierten und chronisch  
Nierenkranken**

**Jahr 20.....**

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

Fahrzeug: ..... Kennz.: .....

**Richiesta di rimborso spese viaggi al centro  
dialisi o alla visita ambulatoriale dei  
trapiantati e nefropatici cronici**

**Anno 20.....**

Nome e cognome:

.....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

.....

Autoveicolo: ..... Targa: .....

Monat Mese	Anzahl Fahrten Nr. Viaggi	Wohnung Abitazione	Dialyse- bzw. Transplanta- tionszentrum/ Transplant- ambulanz KH Centro dialisi/ Ambulatorio Trapiantati/Centro Trapian.	Km Hin u. zurück Km A/R	Gesamte KM Totale KM
JAN/GEN					
FEB/FEB					
MÄR/MAR					
APR/APR					
MAI/MAG					
JUN/GIU					
JUL/LUG					
AUG/AGO					
SEP/SET					
OKT/OTT					
NOV/NOV					
DEZ/DIC					
				<b>GESAMT KM</b>	
				<b>KM TOTALI</b>	

Ich erkläre unter meiner persönlichen Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen im Falle falscher Angaben, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Dichiaro, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, che i dati forniti sono veritieri.

Abzugeben **bis spätestens 23. Dezember.**

Da consegnare **entro e non oltre il 23 dicembre.**

Datum/Data .....

Unterschrift/Firma .....

Spende deine 5 Promille/dona il tuo cinque per mille: Steuernr./cod. fisc.:80021120219