

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

**EWIDENCJA KOSZTÓW DOJAZDU  
INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU**

za miesiąc .....

LP.	DATA WYJAZDU	CEL WYJAZDU	KOSZT DOJAZDU	NR FAKTURY
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
OGÓŁEM				

w załączeniu:  
rachunek/paragon/faktura dokumentująca wyjazd

.....  
(Data i podpis asystenta)