EWIDENCJA PRZEJAZDÓW REFUNDOWANYCH

…………………………………………………….. ……………………………………………

imię i nazwisko Obdarowanego nr Umowy darowizny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data przejazdu | Opis trasy (skąd -dokąd) | Liczba kilometrów | Potwierdzenie wizyty(placówka medyczna) |
|  |  |  |  |  |

data i podpis Obdarowanego