Conteggio trasporto

Persona assicurata

Nome	Cognome	Numero cliente

Indicazione relative alla persona che effettua il viaggio

Nome	Cognome	Indirizzo

Fattura

Mese	**Anno**	Indennizzo per chilometro CHF
		CHF 0.70

Descrizione sempre precisa per ogni giorno

Data	**Per fare cosa** (p. es. fisioterapia, chemioterapia, dialisi, ecc.)	**Numero di chilometri**	**Importo in CHF**
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
Total chilometri		0.0	
Importo totale CHF			**0.00**

Importo ricevuto

Luogo / Data	Firma guidatore

Inviare a:
CSS, Leistungsprüfung, Casella postale 2568, 6002 Lucerna