

Declaratie

Regeling onkostenvergoedingen gewezen Defensiepersoneel

ABP/BRD

Serviceteam Voorzieningen
Postbus 4490, 6401 CZ Heerlen


U kunt dit formulier terugsturen in de bijgevoegde retourenvelop.
Zorg daarbij dat het retouradres leesbaar in het venster verschijnt.

Dit formulier invullen en ondertekenen als u, uw partner of gezinslid reis-, verblijf en/of verletkosten hebt gemaakt als u bent opgeroepen voor een bezoek aan een zorgverlenende (defensie-)instelling. De vergoeding van reis-, verblijf- en/of verletkosten vindt plaats op basis van de Regeling onkostenvergoedingen gewezen Defensiepersoneel, Besluit Dienstreizen Defensie (BDD) en Regeling Dienstreizen Defensie (RDD)

Let op: de instelling die u heeft opgeroepen moet punt 6 op de achterzijde van dit formulier invullen.

1 Uw persoonsgegevens

partner/relatie van _____

militair registratienummer _____

ABP klantnummer _____ burgerservicenummer _____

naam _____ ☐ man ☐ vrouw

voorletters _____

adres _____

postcode _____ plaats _____

telefoon werk _____ telefoon privé _____

2 Gewenste betaalwijze

betalen via rekeningnummer _____

3 Reisdatum

Hebt u meer reizen gemaakt? Vermeld deze dan op een bijlage. Laat deze ook door de arts of behandelaar dateren en ondertekenen.

reisdatum _____

reisdatum _____

reisdatum _____

4 Wie hebt u bezocht

☐ naam bezochte arts _____

adres _____

postcode _____ plaats _____

reden van uw bezoek _____

☐ door wie werd u opgeroepen? _____

adres _____

postcode _____ plaats _____

5 Gemaakte kosten

Stuur van alle kosten die u declareert een nota of bewijsstuk mee.

☐ openbaar vervoer (treinkosten en strippen)

☐ eigen vervoer (aantal kilometers)

☐ taxi

Begeleiding ☐ nee ☐ ja

verletkosten/gederfd inkomen

netto bedrag werknemer

€

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stempel/paraaf salarisadministratie/accountant

netto bedrag zelfstandige

€

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 Akkoord

In te vullen door de instelling.

Verklaart u als bezochte instelling dat het onderstaande noodzakelijk is:

☐ ontbijt ☐ lunch ☐ diner ☐ logies

☐ eigen vervoer medisch noodzakelijk

☐ taxivervoer medisch noodzakelijk

☐ begeleiding medisch noodzakelijk

datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

plaats

handtekening

stempel

7 Ondertekening

De aanvrager verklaart dat dit formulier naar waarheid en zonder voorbehoud is ingevuld.

datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

plaats

handtekening