

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 _____

klantnummer _____ burgerservicenummer _____

naam _____ man vrouw

voorletters _____

adres _____

postcode _____ plaats _____

telefoon werk _____ telefoon privé _____

2 Gewenste betaalwijze

IBAN-rekeningnummer _____
U vindt dit nummer op uw nieuwe bankpas. Of ga naar ibanbicservice.nl.

op naam van _____

Woont u in het buitenland en hebt u geen IBAN-rekeningnummer?
Kijk dan op www.abp.nl/buitenland. Download het formulier 'Betaling buitenland'. Stuur dit ingevuld en ondertekend naar het retouradres in Nederland.

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