



GEMEINSAM NACH VORNE SEHEN.

**Geschäftsstelle**  
Friedackerstrasse 8  
Postfach, 8050 Zürich  
Tel. 044 317 90 00; Fax 044 317 90 01  
info@blind.ch; www.blind.ch



## **Antragsformular Rückerstattung von Begleiterkosten bei Ferien mit Erholungscharakter**

1. Name und Adresse des Aktivmitglieds
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Telefonnummer für Rückfragen
  
3. Hat die Begleitperson für die Begleitung das Auto benutzt?  ja  nein  
  
Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl Kilometer  
(Rückvergütung pro Kilometer CHF 0.75/km)
  
4. Name und Adresse der Begleitperson
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. Dauer der Begleitung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  
6. Total aller Belege CHF \_\_\_\_\_  
Kosten für die Begleitperson CHF \_\_\_\_\_
  
7. Kontoangaben des Aktivmitglieds:  
Postkonto:  
Bankkonto (IBAN-Nr.):  
Bankname/Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers/Kontoinhaberin:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt, unterschrieben mit sämtlichen Originalbelegen an unsere Buchhaltung. Dabei gilt: Keine Kopien oder Scans, ausser dann, wenn keine Papierbelege ausgehändigt werden, z.B. Flugtickets.