



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 Ferien-Begleiterkosten

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 Belegen an unsere Buchhaltung.