



Federazione svizzera dei
ciechi e deboli di vista

Rimborso delle spese di accompagnamento

(stampare e compilare a mano)

1. Nome e indirizzo del socio della Federazione

2. Genere di accompagnamento:

viaggio escursione manifestazione sportiva

manifestazione culturale corso, nome del corso _____

3. Ha utilizzato la sua carta di accompagnamento? Sì No

4. La guida ha utilizzato la sua auto per accompagnarla?

Sì No

Da _____ a _____ Numero di chilometri: _____.

5. Nome e indirizzo dell'accompagnatore

6. Durata dell'accompagnamento dal _____ al _____

7. Totale dei costi CHF _____.
Costi per l'accompagnatore CHF _____.

8. Conto su cui versare l'importo:

Numero IBAN: _____

Nome della banca / luogo: _____

Nome del titolare del conto: _____

e suo indirizzo: _____

Per i soci che beneficiano di prestazioni complementari (PC):

per ottenere il supplemento di CHF 200.– occorre fornire la decisione
concernente la percezione di prestazioni complementari dell'anno in corso.

Confermo che i dati sono corretti.

Luogo/data: _____ Firma: _____

Pf. inviare a: SBV, Begleiterkosten, Postfach, 3001 Bern

Si prega di lasciare in bianco

N. giustificativi		
Importo	Conto	CCD
	400020	188
Firma + Data		