Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową ul. Przybyszewskiego 47, 01-849 Warszawa NIP 118-05-47-811, KRS 0000079660	**KARTA DROGOWA** Data…….			
Samochód osobowy - specjalny *)	Numer rejestracyjny	Marka i typ	Pojemność silnika	Rodzaj paliwa
Imię i nazwisko, podpis Opiekuna			**Imię i nazwisko przewożonego Podopiecznego**	
Imię i nazwisko właściciela konta bankowego				
Numer konta bankowego Do refundacji				
Data przejazdu	**Trasa przejazdu skąd - dokąd**	**Przebieg km**	**Pieczątka placówki zdrowotnej i podpis lekarza**	