

Reseräkning länsombud/ föreläsare.

Riksföreningen för ögonsjukvård

c/o Eva Linder
Eklanda Bäck 79
43149 Mölndal
eva.linder@hotmail.se

PERSONNUMMER	FÖRRÄTTNINGSORT
NAMN	FÖRRÄTTNINGSAÄNDAMÅL
UTDELNINGSDRESS	AVSTÅND TILL FÖRRÄTTNINGSORT MINDRE ÄN 50 KM <input type="checkbox"/> MER ÄN 50 KM <input type="checkbox"/>
POSTNR 1. POSTADRESS	
BANK / KONTO	FÄRDMEDEL <input type="checkbox"/> BIL <input type="checkbox"/> BUSS <input type="checkbox"/> JVG <input type="checkbox"/> FLYG <input type="checkbox"/> ANNAT
TELEFON ARBETET HEMMET	KOPIA PÅ FAKTURAN/BILJETTEN BIFOGAS RESERÄKNINGEN

ERSÄTTNING EGEN BIL ANTAL KM..... ÅKR		
RESEKOSTNADER ENLIGT KVITTON		
HOTELLKOSTNADER ENLIGT KVITTON		
Summa:		

Granskad	Ort, datum
Attest	Namnunderskrift