

RESERÄKNING

DATUM _____

RESANS ÄNDAMÅL OCH PLATS

SKATTEFRI MILERSÄTTNING:

25,00 kr

ANTAL KILOMETER:

ERSÄTTNING/KM:

x 2,50 kr

SUMMA:

NAMN:

TELEFON:

ADRESS:

POSTNUMMER:

ORT:

BETALNING

BANK:

CLEARINGNUMMER:

KONTONUMMER:

PLUSGIRO:

BANKGIRO:

KONTANT:

Jag vill ha kontant utbetalt

UNDERSKRIFT:

DATUM:

NAMNTECKNING

KASSÖRENS NOTERINGAR

SUMMA UTBETALT:

DATUM:

SIGNATUR:

ADRESS:

PRO Torvalla

c/o Ove Strid, Timmervägen 13

831 72 Östersund

TELEFON KASSÖR:

070- 339 36 54

E-POSTADRESS:

kassor@pro-torvalla.se