SENIORERNA

Jämtland Härjedalen

RESERÄKNING

Datum:
SPF förening:

Namn:		
Adress:		
Postnr:	Ort:	Telefon:

Banknamn:	ClearingNr:	KontoNr:
PlusgiroNr:		

Medföljande: 0,5 kr/mil och person:

(Ange namn och förening, om annan förening än ovan angiven)

1.	2.
3.	4.

Specifikation:

Datum	Anledning till resan, utlägg enl bifogade kvitton. (Ersättning per mil 25 kr)	Antal mil	Summa kr

Totalt: .....

- *Lämnas vid mötestillfället till mötesledningen eller insändes snarast till SPF* (**E-*post:*** *jamtlandharjedalensdistriktet@spfseniorerna.se*)