

Omkostnader för KUB-kurs

Faktura för resekostnader och övriga privata utlägg

Namn _____
Adress _____
Personnummer _____
BG/PG _____
Om BG eller PG saknas,
ange bankkontonummer inkl clearingsnr (4 siffror) _____
Bankens namn _____
Orsak till uppdrag _____
Datum och plats _____

Transport/resa, obs bifoga originalkvitton	Summa
Tåg, buss flyg, färja	
Taxi	
Bil, km	
Annat, specificera	
Hotell	
Mat, restaurang (antal personer, namn, på vilka som deltog ska framgå av kvittot/redovisningen)	
Andra utgifter (specificeras)	
Summa	

Bara utgifter som styrkts av originalkvitton utbetalas.

Datum och underskrift _____

Reserverat för skattmästaren Attest utbetalning från bg	Kostnadsställe
Per-Anders Larsson, skattmästare	Datum

Blanketten skickas till: KUB-kansliet
Svensk Kirurgisk Förenings Verksamheter AB
Box 503
114 11 Stockholm
helena.gronbacke@svenskkirurgi.se