

Omkostnader för föreläsare Svensk Kirurgisk Förenings Utbildningar

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	

Endast utgifter som styrkts av originalkvitton utbetalas

Datum och underskrift _____

Blanketten skickas till: KUB-kansliet
Svensk Kirurgisk Förenings Verksamheter AB
Box 503
114 11 Stockholm