

Redovisning Utgifter



Sektionen för Mental Hälsa

Namn _____

Adress _____

Personuppgifter _____

Post nr och Ort _____

Telefon nr _____

Uppdrag i styrelsen _____

Bank samt Clearing och kontonummer _____

Beskriv aktuellt styrelsearbete i samband med dina utlägg

Beskriv utlägg

Markera varje kvitto med resp. nr.

Kostnad

1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

Tot. summa _____

Ort och Datum _____

Underskrift

Namnförtydligande

Anteckning kassör

Summa

Betalats ut den

Attesteras

Fysioterapeuterna Sektionen för Mental Hälsa

E-post mentalhalsa@fysioterapeuterna.se

BG 824186-1

Organisations nr 82 60 00 – 9207