

Reseräkning för patientföreträdare vid RCC Mellansverige

Resans ändamål/Möte _____

Datum _____ Plats _____

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Postnummer _____ Ort _____

Tel/Mobil _____

Bil: antal km _____

Tåg: biljettkostnad _____ SEK

Buss: biljettkostnad _____ SEK

Övriga kostnader _____ SEK

Bifogade kvitton/biljett eller motsvarande

Bank _____ Clearingnummer _____

Kontonummer _____

Personkonto _____

Datum och underskrift

Attest (fylls i av RCC-personal)
