



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 Distriktet (E-post: spfjamtharj@gmail.com)