Oulun Hammaslääketieteen Kilta RY (Y-1025396-8)

# Kululasku

## Laskun laatija täyttää

|  |  |
| --- | --- |
| Nimi |  |
| IBAN-tilinumero |  |

## Selvitys kuluista: (mitä, missä, milloin ja miksi)

|  |
| --- |
|  |

Nido kuitti/kuitit kiinni kaavakkeen oikeaan yläkulmaan, kääntöpuolelle.

Huom. Kulut maksetaan ainoastaan kuitteja vastaan. Kuitit ja kululaskupohja tulee palauttaa kuukauden (30vrk) kuluessa korvattavan kulun suorittamisesta.

|  |  |
| --- | --- |
| Kulut yhteensä | € |

Liitteenä tositteita \_\_\_\_ kpl

**Päivämäärä** **Laskun laatijan allekirjoitus**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Laskun hyväksyjä täyttää

|  |  |
| --- | --- |
| Maksettu | € |

**Päivämäärä** **Laskun hyväksyjän allekirjoitus**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_