



HSO

HANDIKAPPFÖRENINGARNAS
SAMARBETSORGAN I NORRBOTTEN

Clearing och kontonummer.....

Namn _____
 Bostadsadress _____
 Postadress _____
 Pers. nr. _____

RESERÄKNING

Resedatum _____
 Resans starttid _____

Ändam

Resekostnader

Tåg från _____ till _____

Kronor

Ifylles av
HSO

Buss _____ kr

Flyg _____ kr

Taxi _____ kr

Bilkostnader _____ km á 1,85 kr

Ort och datum

Namnunderskrift

Summa Kostnader

För kansliets anteckningar

Konto	Kst	Proj.	Debet	Kredit
Fakt.kontr.	Förattest	Slutattest		

Att utbetala

Attest