

Serviceproducentens namn och adress:

Kela, STY
 PL 830
 00038 CGI

Datum _____
 Fakturans nummer _____
 Betalningsvillkor 21 dagar
 Förfallodag _____
 Dröjsmålsränta _____ %
 Er referens ET VATU STY
 Referensuppgift _____
 Fakturans belopp _____ €

Tolktjänst för personer med funktionsnedsättning för tiden _____ – _____

Övriga upplysningar

Specifikation av kostnaderna

_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
Totalt	€

Moms 0%
 Skattefri tolktjänst MomsL 37 §, 38 §

FO-nummer _____
 Telefonnummer _____
 E-postadress _____

Bankförbindelse _____
 IBAN-kontonummer _____
 BIC-kod _____