Töm blanketten

Fpa

Fakturablankett för studietolkning för personer med funktionsnedsättning

Serviceproducentens namn och adress:

_____

_____

_____

Datum _____

Fakturans nummer _____

Betalningsvillkor 21 dagar

Förfallodag _____

Dröjsmålsränta _____ %

Er referens ET VATU STY

Referensuppgift _____

Fakturans belopp _____ €

Kela, STY
PL 830
00038 CGI

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 _____

Skriv ut blanketten