Fpa

Fakturablankett för studietolkning för personer med funktionsnedsättning

Serviceproducentens namn och adress:

_____

_____

_____

Kela, STY
PB 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 _____