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
PB 830
00038 LOGICA

Tolktjänst för personer med funktionsnedsättning för tiden _____._____._____–_____._____._____

_____

Övriga upplysningar

_____

_____

Specifikation av kostnaderna

_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
_____	_____	€
Totalt	_____	**€**

Moms 0%
Skattefri tolktjänst MomsL 37 §, 59 §

FO-nummer _____

Telefonnummer _____

E-postadress _____

Bankförbindelse _____

IBAN-kontonummer _____

BIC-kod _____

Skriv ut blanketten