

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
