

Serviceproducentens namn och adress:

**Kela, STY
PB 830
00038 LOGICA**

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 §, 59 §

FO-nummer

Bankförbindelse

Telefonnummer _____

IBAN-kontonummer _____

E-postadress _____

BIC-kod _____