



Redovisning av utlägg för Medicinska Föreningen

För- och efternamn på den som gjort utlägget:

E-post: _____

Telefon: _____

Önskar erhålla (kr): _____

Insättes på

Bank: _____

Clearingnr: _____ Kontonr: _____

Enligt beslut av:

Kostnaden avser:

Kostnaden ska belasta

Konto: _____ Resultatenhet: _____ Projekt: _____

Attest av behörig person enligt attestordningen:

(Underskrift)

(Namnförtydligande)

(Datum)

*Plats för
originalkvitto(n)*

Medicinska Föreningen i Stockholm

Box 250, 171 77 Stockholm
Besök: Nobels väg 10, KI Campus Solna
www.medicinskaforeningen.se

Skattmästare

Tel: 08 - 524 830 78
Mail: skattmastare@medicinskaforeningen.se