

Til Bank-/inntektsgruppen
Lønns- og regnskapsseksjonen
her

REFUSJON AV UTGIFTER TIL TØMMINGSMIDDEL

Kostnadssted: 11548

Pasient (Navn og adresse):

Kontonummer:

Bekreftes av poliklinikken:

Underskrift

Stempel

Dato:

Vedlegg: Original kvittering