KAINUUN SOSIAALITUKI KY

Sillanrakentajana asiakkaan palveluissa

KULUKORVAUKSET

_____
päivämäärä

Hakija:

Nimi	Kainuun Sosiaalituki Ky	Y-tunnus	2281481-6
Osoite	Likolahdentie 168		
	88900 KUHMO	Puhelin	044 205 6240
Tilinumero	FI67 3636 3002 3756 16		

Kuluerittelyt:

Matkakustannukset

Pvm.	Matkareitti ja tarkoitus	ML alussa	ML. lopussa	Km	á hinta	Yhteensä
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	____	_____	_____

Maksettavat kulukorvaukset yhteensä _____**€**

Maksajan edustaja:
Hyväksyn oheiset kustannukset maksuun

Paikka ja aika _____ Paikka ja aika_____

Allekirjoitus _____ Allekirjoitus _____