



SÄHKÖTEKKAREIDEN YHDISTYS RY
LAPPEENRANTA

Kulukorvauslomake

Nimi: _____

Osoite: _____

Päivämäärä: _____

nimike	hinta

Kuitit kaikista ostoista liitettävä hakemukseen!

Yhteensä: _____

Maksetaan: Tilille _____
 Käteiskassasta

Allekirjoitus ja päivämäärä: _____

Laskun hyväksyntä: _____

Maksupäivä: _____