



SÄHKÖTEEKKAREIDEN YHDISTYS RY
LAPPEENRANTA

Kulukorvauslomake

Nimi: _____

Osoite: _____

Päivämäärä: _____

Nimike	Hinta [€]

Kuitit kaikista ostoista liitettävä hakemukseen!

Yhteensä [€]: _____

Maksetaan: Tilille _____

Käteiskassasta

Allekirjoitus ja päivämäärä: _____

Laskun hyväksyntä: _____

Maksupäivä: _____

OSOITE: Ylioppilastalo
Laserkatu 10
53850 Lappeenranta

E-MAIL: hallitus[at]satky.fi www.satky.fi
Y-tunnus: 2727803-7
PANKKIYHTEYS: FI57 7997 7995 3505 97/HOLVFIHH