



Helsingin ja Uudenmaan
NEUROYHDISTYS
Helsingfors och Nylands neuroförening

MAKSUMÄÄRÄYS

Nimi _____

Osoite _____

Postinumero ja -paikka _____

puhelin _____

Sposti _____

Tilin numero IBAN FI _____

Numeroi kuitit ja skannaa tai ota kuva kuiteista sekä liitä ne mukaan maksumääräykseen			
Selvitys kuluista	kpl	summa	yhteensä
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Laskuta kerrallaan vähintään 50 € kuluera			Yhteensä

Päiväys _____

Allekirjoitus _____
Nimen selvennys

Palauta maksumääräys sekä kuitit kuluista
Sähköpostitse; sihteeri@huny.fi
Postitse; Helsingin ja Uudenmaan Neuroyhdistys ry, Arabiankatu 17, 00560 Helsinki

Kaikki kirjanpito- ja henkilökohtaiset tiedot tallennetaan ja säilytetään Suomen kirjanpitolain mukaisesti.