  **MAKSUMÄÄRÄYS**

**Nimi:**

**Osoite:**

**Postinro. ja toimipaikka:**

**Puhelin:**

**Sposti:**

**Tilinumero IBAN: FI**

|  |
| --- |
| Huom. Numeroi kuitit ja skannaa tai ota kuva kuiteista sekä liitä ne mukaan maksumääräykseen! |
| **Selvitys kuluista** | **kpl** | **summa** | **yhteensä** |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| Laskuta kerrallaan vähintään 50 € kuluerä | Yhteensä |  |

Päiväys: . . 20

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.*