

Honorarudbetaling

Fagligt Selskab for Dermatologiske Sygeplejersker

Modtageroplysninger:		Afregnes til:
Navn:		Reg. nr.:
CPR nr.:		Konto nr.:
Adresse:		
Postnummer:	By:	

Kursushonorar	Dato:	Kr.
Oplæg på kursus:		
Honorar		
Transportudgifter		

	Kursushonorar i alt	
--	----------------------------	--

Øvrige honorarer / tekst	Dato:	Kr.
Øvrige honorarer i alt		

Dato Dato	Honorarmodtager underskrift Godkendt til udbetaling
--	--