

friskis



Faktureringsunderlag för företag

DEN ANSTÄLLDES NAMN: _____

PERSONNR: _____

ADRESS: _____

POSTNR: _____ ORT: _____

TEL.NR: _____

E-POST: _____

MEDLEMSNR: _____

TYP AV KORT:

MEDLEMSAVGIFT: FAKTURERAS
 BETALAS AV MEDLEM

TOTAL KOSTNAD: _____

FÖR DEN ANSTÄLLDE ATT BETALA: _____

SUMMA ATT FAKTURERA: _____

FAKTURA SKICKAS TILL:

FÖRETAG: _____

REFERENS: _____ MÄRKNING: _____

FAKTURERINGSADRESS: _____

POSTNR: _____ ORT: _____

ORGANISATIONSNR: _____

FAKTURA ÖNSKAS VIA:

BREV

E-POST E-POSTADRESS: _____

E-FAKTURA