

Suomen Melanoomaryhmä ry
c/o Kalle Mattila
HUS Syöpäkeskus
kalle.mattila@hus.fi

MATKAKULUKORVAUS

Osallistujan nimi _____

Tilaisuuden nimi _____

Päivämäärä _____

Osoite _____

Puhelin _____

Henkilötunnus _____

Verotuskunta _____

Pankkiyhteystiedot
(IBAN + BIC-koodi) _____

Matkakustannukset (liittäkää kuitit mukaan):

Taksi _____ €
Linja-auto _____ €

Juna _____ €
Lentokone _____ €

Oma auto (0,41 €/km) _____ km -> _____ € Pysäköinti _____ €

Matkakulut yhteensä _____ €

Allekirjoitukset

Päiväys _____

Osallistuja

Suomen Melanoomaryhmä ry

Palautus sähköisesti **kuittien kera**: leena.tiainen@pirha.fi