

Förvaltningsnr	Förvaltningsnamn	Datum
171	REGIONHÄLSAN	
Tjänsteställe, handläggare		

**OBS! ALLA MARKERADE FÄLT MÅSTE FYLLAS I. (Övriga fält fylls i av Regionhälsan)**

**Betalningsmottagare**

Bankkonto:	
Namn:	
Gatuadress:	
Postnummer:	Ort:
Personnummer:	
Låskortsnummer:	

**Specifikation**

Arbetsplats:	
<b>Utbetalning av depositionsavgift för låskort avseende träningslokalen Hälsokällar'n, Eklundavägen 1, Örebro. Utbetalas efter att gammalt låskort återlämnats.</b>	

Belopp (bokstäver)	Belopp (siffror)
Fyrahundrakronor:-----	400:-
Återlämningsdatum, gammalt låskort	Namnteckning kortåterlämnare/betalningsmottagare
<b>Har du inte fått dina pengar inom 6 veckor, kontakta Regionhälsan</b>	

ANKOMSTVERIFNR	Siffergranskat	Attesteras
Mottaget/Fulgjort	Konterat	Utanordnas/Bestyrkes
Prisgranskat/Rabattkontrollerat	Periodisering	Attestregistrerat i MEA

KONTO	ANSVARSENHET	MOTPART	OBJEKT	PROJEKT	DEBET	KREDIT
2880					400:-	