



KAPLAAKI RY  
Laserkatu 10  
53850 LAPPEENRANTA

**KULUKORVAUSANOMUS**  
Reimbursement form

**Tosite nro:**  
(talousvastaava täyttää)

KULUKORVAUKSEN SAAJAN TIEDOT
Korvauksen hakijan nimi (Full name):
Puhelinnumero ja sähköpostiosoite (Phone number and email address):
Pankki ja tilinumero (Bank account for payment and BIC number):

Maksaja: Kaplaaki ry  
Laserkatu 10  
53850 Lappeenranta

ERITTELY		
Kuitin pvm (Date in receipt)	Selitys (Explanation for receipt)	Summa (Amount)
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR

**Yhteensä**                      **EUR**

**LIITTEENÄ:** \_\_\_\_\_  
(Attachments)

Paikka ja päivämäärä (Date and location)	Allekirjoitus (Signature)
---	------------------------------

TALOUSVASTAAVA TÄYTTÄÄ			
Hyväksytty	Maksettu	Lisämerkinnät:	Allekirjoitus