

Data: _____

Modulo Rimborso Spese:

Membro Consiglio Direttivo: (specificare la carica) _____

Membro Revisore dei Conti: (specificare la carica) _____

Membro Commissione d'Albo: (specificare) _____

Data	Descrizione	Soggiorno	Trasporti	Rimborso km		Pasti	Ticket autost rada	Parcheggio	Altre spese*	TOTALE COMPLESSIVO	Importi pagati con Bancomat Ordine	Importo da corrispondere
				Km A+R	importo al km							



TS RM PST RP
MO-RE

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 800193903

TOTALI		€ 0,00	€ 0,00									

Annotazioni: In GIALLO le spese da corrispondere al richiedente; in VERDE le spese pagate con la carta/bancomat dell'Ordine.

E' OBBLIGATORIO allegare ricevuta fiscale di tutte le spese effettuate e indicare la data in cui sono state effettuate.

Note: *specificare il tipo di spesa

Rimborso km:

Data:

Firma

Il richiedente:



00183 Roma - Via Magna Grecia, 30/A
Tel. 0677590560 - Fax 0662276492
Web: www.tsmr.org
Email: federazione@tsrm.org PEC: federazione@pec.tsrm.org

Residenza:	
C.F.:	
ISTITUTO BANCARIO:	
IBAN:	

SPAZIO RISERVATO ALLA TESORERIA:

VISTO ED APPROVATO

IL Tesoriere	Il Presidente	Il Segretario