

Data: _____

Modulo Rimborso Spese:

Membro Consiglio Direttivo: (specificare la carica) _____

Membro Revisore dei Conti: (specificare la carica) _____

Membro Commissione d'Albo: (specificare la carica) _____

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							



TOTALI		€ 0,00	€ 0,00									

Annotazioni: In GIALLO le spese da corrispondere al richiedente.

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

Note: *specificare il tipo di spese



Ordine Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione Modena e Reggio Emilia

Indirizzo: Via Giacomo Matteotti, 1 – (42048) Rubiera (RE)
Tel. 327/0774361
Sito Internet: www.tsrmpstrpmore.it
Posta elettronica Certificata: modenareggioemilia@pec.tsrp.org

Rimborso km:		
Data:		FIRMA
Il richiedente:		
Residenza:		
C.F.:		
ISTITUTO BANCARIO:		
IBAN (inserire in forma digitale):		

SPAZIO RISERVATO ALLA TESORERIA:

VISTO ED APPROVATO

IL Tesoriere	Il Presidente	Il Segretario



Ordine Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione Modena e Reggio Emilia

Indirizzo: Via Giacomo Matteotti, 1 – (42048) Rubiera (RE)
Tel. 327/0774361
Sito Internet: www.tsrmpstrpmore.it
Posta elettronica Certificata: modenareggioemilia@pec.tsrp.org