

Läkarvårdsfonden

- insättning direkt till Ditt bankkonto!



Namn på medlem

Anst.nr

--	--

Datum

Telefonnr till uppgiftslämnare

Namn på kontoinnehavare

Personnummer

--	--

Mottagande bank

Clear.nr

Kontonr

Antal kvitton/fakturor

Underskrift

Swedbank



Ifylles av Läkarvårdsfonden

Belopp att girera	siffror	text
-------------------	---------	------

Attest

Läkarvårdsfonden
c/o BillerudKorsnäs AB
801 81 Gävle