Rensa formulär

TIM-REDOVISNING

Förening:

Namn:	
Adress (gata, postnummer, ort):	
Telefon:	Personnummer:
Bank och kontonummer:	

Aktivitet:	Timpenning enl. styr.beslut:
Funktion (ledare, hjälpare etc.):	

Datum	Kl. (från-till)	Aktivitetsbeskrivning	Totalt antal timmar

Rensa formulär

Kom ihåg att lämna in skattekortet!
Om du har eget företag - kom ihåg att meddela alla uppgifter.

Ålands handikappförbund r.f. * Skarpansvägen 30 * AX-22100 MARIEHAMN * Tfn: 527 360
E-post: info@handicampen.ax * Hemsida: www.handicampen.ax