



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för biomedicin

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FÖR VFU

		Beställar-id:
Namn:	Personnr:	
Adress:		
Postnr, ort:	Telefon:	
E-post:		
Ersättning betalas till: (bank, kontonr inkl. clearingnr.)		

Program:	Termin:
Praktikställe:	Tidsperiod:
Handledare:	

Kvitto nr	Ansökan om ersättning gäller: (kvitto i original bifogas)	Bruttobelopp inkl moms	Nettobelopp exkl moms	Avdragsgillt momsbelopp
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
	Summa:			

Räkningsutställarens underskrift	Datum
----------------------------------	-------

Konto	Ansvar	Verksamhet	Fritt Fält	Belopp exkl moms

Fakturagranskare	Datum
------------------	-------

Attest	Datum
--------	-------

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Institute of Biomedicine

Besöksadress: Medicinargatan 7B, 2 Postadress: Box 440, SE 405 30 Göteborg, Sweden