MODULO RICHIESTA RIMBORSO KM

(da consegnare entro l'ultimo giorno del mese)

Dipendente _____

Modello veicolo _____ targa _____ cilindrata _____

Distinta dei viaggi effettuati nel mese di _____ con la propria autovettura per conto ed esclusivo interesse di ***Società Nuova S.C.S.***

DATA	PERCORSO EFFETTUATO	CAUSALE	KM

TOTALE KM _____

In fede, _____
(data e firma)

---------- *Spazio riservato alla Cooperativa* ----------

Riscontrata la corrispondenza di tutti e soli i viaggi di comprovata necessità per esigenze di servizio preventivamente autorizzati dal sottoscritto, si autorizza il rimborso di Km _____ in base alle tariffe in vigore.

Data _____

Il Responsabile del servizio

_____

Visto della Direzione

_____

info@societanuova.eu PEC: info@pec.societanuova.eu www.societanuova.eu
Sede Legale ed Amministrativa: Via Lungardo 77
32100 Belluno
Tel. 0437 33889 - Fax 0437 930977
AGG. 06 03 2014

ISO 9001:2008 IT-22646
Centri Diurni Agordo e Belluno
Albo Società Cooperative (mutualità prevalente) n. A100838
Albo delle Cooperative Sociali sez. A BL 0002
C.F. – P.Iva 00700600257 R.E.A. di Belluno 49887