RICHIESTA RIMBORSO GRUPPO DI LAVORO	
Gruppo di Lavoro	
Rimborso dal:	01 ottobre …… (anno)
Al:	30 novembre …… (anno)
Intestatario del Conto:	
Banca:	
Iban:	

Resoconto Annuale del Gruppo di Lavoro dal 01 ottobre al 30 novembre		
Data Incontro	**Nr. Membri ASE presenti**	**Nr. NON Membri ASE presenti**
Totale:		

Inoltrare questo documento compilato entro il 30 novembre a: tesoreria@ergoterapia.ch