

Ausgabe



Zahlungsempfänger/in

(Vorname, Name, etc.:) <small>(Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen!)</small>	Konto-Nr.:
	BLZ:

Zahlungsgrund

(Erklärung, was die Ausgabe ist und wozu diese Ausgabe notwendig war:)
(Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen!)

(Bitte ankreuzen:)

Genehmigt durch Finanzplan des Kreisverbands

Genehmigt durch Beschluss des Kreisvorstands am _____ (Datum des Protokolls)

Genehmigt durch Beschluss des Ortsvorstands am _____ (Datum des Protokolls)

Betrag

(Wie hoch ist der Gesamtbetrag, der ausgezahlt werden soll:)
(Bitte leserlich in Ziffern ausfüllen!)

(vom Kreisschatzmeister auszufüllen:)

Datum:	Girokonto:		Barkasse:	
Konto:	BelegNr:		KontoauszugNr:	
	Beleglos:		Sammelzahlung:	

DIE LINKE

Kreisverband Soest
Thomästr. 11
59494 Soest
Tel: 02921 / 67 10 633
Fax: 02921 / 67 10 631