



ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ONCOLOGIA MEDICA
20133 Milano – Via E. Nöe, 23

tel. +39 02.70630279– fax +39 02.2360018
e-mail: aiom@aiom.it www.aiom.it

NOTA DI RIMBORSO SPESE

Spese sostenute dal Prof./Dott., per la partecipazione alla riunione/incontro del tenutasi/osi a il, per, come risulta dalla documentazione allegata.

DATA	CAUSALE SPESA	IMPORTO	N. DOC. ALL. IN ORIGINALE
	aereo		
	treno		
	taxi		
	pedaggi autostradali		
	vitto		
	alloggio		
Utilizzo auto propria: modello targa itinerario Km percorsi Per EURO/Km 0,40..... =			
totale spese sostenute			

coordinate bancarie (da indicare per eventuale bonifico):

banca
PAESE.....CHK.....CIN ABI CAB C/C

Il sottoscritto Prof./Dott. dichiara che tutte le spese qui sopra descritte si riferiscono all'incarico svolto e si sono rese tutte necessarie per la sua esecuzione; che non sussiste alcun genere di rapporto di lavoro fra lui medesimo e l'Associazione Italiana di Oncologia Medica – AIOM, essendo l'attività da lui svolta esclusivamente volontaristica.

....., lì

firma