Rechnung
Facture
Fattura

No.:	
Datum   Date   Data:	
WST   TVA   IVA No.:	

17	D-	D
Von	De	Da:

Für | Pour | Per:

Anzahl Quantité Quantità		à	
	assiether	9	_
	,		=
	pajes le 25.11.	1021	
	Association GLORYLAN Rue de la Moziline 8	D	
	1022 Chavannes/Rener Tel 021 / 691-41-50	S	
+	C% MWST   TVA LIVA	A	
<b>Total</b> ink <b>Totale</b> in		A	

## Demande de remboursement

Prénom NOM: May el Barthe
NPA, Localité*: 1024 Ecoblens
IBAN*:
Date de la demande : 45.11.202
Pôle d'activité: Castor
Motif: Assiettes Castor
Montant (CHF): 9
Signature :
* Si ce n'est pas votre première demande ces champs ne sont pas chiligatoires. <3

ensemble pour une écologie solidaire