

PEDIDO DE REEMBOLSO DE GASTOS, WFSAD.



Proyecto/Evento: _____

Fecha	Descripción de gasto realizado	Recibo No.	Cantidad	Moneda	- Sólo uso oficial -	
					Tasa	Cdn \$
- Adjunte hojas adicionales de acuerdo a lo necesario-					TOTAL	

Explicación de los casos en que no se adjunta recibo: _____

Pago adelantado (Si es que lo hubo) de WFSAD:		(Cantidad)		(Moneda)
Fondos remanentes (Si es que los hay):		(Cantidad)		(Moneda)
Reembolso (Si hay) que se solicita aquí:		(Cantidad)		(Moneda)
Método de elección para el reembolso				

Otros comentarios:

Confirmando que los gastos descritos aquí se realizaron mientras estuve en asuntos de WFSAD y que la información contenida en este formulario es correcta.

Nombre (Letra de imprenta)

Firma

Fecha

**Envíe por correo este formulario, los recibos adjuntos y otra documentación de apoyo (ejemplo: pasaje aéreo) a
WORLD SCHIZOPHRENIA AND ALLIED DISORDERS
124 Merton Street, Suite 507
Toronto, Ontario M4S 2Z2, CANADA
Para contactarse con WFSAD con preguntas acerca de este formulario, escriba a info@world-schizophrenia.org
Ó al fax +1 416.961.1848 o llame al +1 416.961.2855.**