**UTBETALNING AV RESEBIDRAG FÖR UTLANDSSTUDIER**

**För studenter som åker på utbyte utanför Europa via bilateralt avtal (OBS ej LP studenter)**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn |  |
| Efternamn |  |
| Personnummer |  |
| Program på Hälsohögskolan |  |
| Adress |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Partneruniversitet  |  |
| Partneruniversitetens terminstider  | Start \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Slut \_\_\_ /\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| Partneruniversitetens introduktionsvecka | Start \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Slut \_\_\_ /\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |

Jag önskar att utbetalningen ska göras till

**(1) Bank, följande konto:**

Bankens namn

Clearingnummer

Bankkonto nummer

*ELLER*

**(2) Skickas som utbetalning till följande postadress om annan än ovanstående.**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift student \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Den här delen fylls i av Hälsohögskolans International Relations Koordinator*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Konto | Enhet | Objekt | Belopp |
|  |  |  | 4000 |
| Datum | Mottagningsattest | Attest |  |
|  |  |  |  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift koordinator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_