adm.senteret

# Lager av profylaksevarer ved årsslutt pr 31.12.2012

## For lege / tannlege / terapeut

Prisene som benyttes på listen skal være

**Innkjøpspris m/moms** jfr priser fra leverandør høsten 2012.

| Stk | Varenavn | Pris pr stk | Sum verdi |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Sum verdi denne side: | |

Dette er side nr ____ av i alt _____sider

Dato for telling: ___ ____ _______

______________________________
Attestert

adm.senteret

# Lager av profylaksevarer ved årsslutt pr 31.12.2012

## For lege / tannlege / terapeut

Prisene som benyttes på listen skal være

**Innkjøpspris m/moms** jfr priser fra leverandør høsten 2012.

| Stk | Varenavn | Pris pr stk | Sum verdi |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Sum verdi denne siden: | |
| | | Sum totalt fra side 1 til denne: | |

Dette er side nr ____ av i alt _____sider

Dato for telling: ___ ____ _______

_______________________________
Attestert

adm.senteret

# Verdi av Kundefordringer pr 31.12.2012

**For lege / tannlege / terapeut**

**Listen skal inneholde oversikt over kundefordringer hvor regning er sendt til kunde uten at beløpet er innbetalt til kasse eller bank eller med kort pr årssiftet.**

| ***Kunde Navn*** | Skyldig beløp |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Sum verdi denne side: | |

Dette er side nr ____ av i alt _____sider

Dato for telling: ___ ____ _____

_____
Attestert

Alle beløp skal føres opp inklusive moms.

adm.senteret

# Verdi av Kundefordringer pr 31.12.2012

**For lege / tannlege / terapeut**

**Listen skal inneholde oversikt over kundefordringer hvor regning er sendt til kunde uten at beløpet er innbetalt til kasse eller bank eller med kort pr årssiftet.**

| ***Kunde Navn*** | Skyldig beløp |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Sum verdi denne side: | |
| Sum totalt fra side 1 til denne: | |

Dette er side nr ____ av i alt _____sider

Dato for saldotelling: ___ ____ _____

_____
Attestert

Alle beløp skal føres opp med totalt krav til hver enkelt kunde spesifisert