AUTORIZACIÓN DE PAGO/SOLICITUD DE REEMBOLSO

ADJUNTE TODOS LOS RECIBOS A ESTA DECLARACIÓN DE GASTOS

Pago al Nombre de:_____

Cargo en la PTA: _____

Dirección:_____

Ciudad/Código postal: _____

Teléfono: (_)_____Correo electrónico: _____

El gasto fue para: _____

Lista de gastos:_____ $ _____

_____ $ _____

_____ $ _____

_____ $ _____

TOTAL DE GASTOS $ _____

Monto total reclamado arriba $ _____

Menos adelanto recibido $ _____

Reembolso reclamado $_____

No reclamado – donado a la PTA $_____

Reembolso a la PTA (adjunte cheque) $ ___

Firma:_____ Fecha: _____

Firma del Vicepresidente/Presidente de Programa o Evento _____

Para uso del tesorero de la PTA:

- ☐ Actividad aprobada por afiliación
- ☐ Fondos liberados por afiliación
- ☐ Gasto aprobado por la junta ejecutiva

Número de cheque	Categoría	Dinero adelantado	Gastos	Dinero debido

Firma del presidente:_____ Fecha: _____

Fecha de aprobación en las actas: _____ Firma del secretario: _____

07/2022