



Skickas till mailadress:

inbox.lev.1127017@arkivplats.se

Uppdrag: Styrelse
Kommitté
Distriktslagstränare
Annan

RESERÄKNING (Arvoden & övr. ersättningar)

Namn: _____ Personnr.: _____
Månad: _____ Adress: _____

Milersättning

Sträcka	Datum	Antal mil	Ers./mil	Att erhålla
-				
-				
-				
-				
-				

Arvoden

Typ av arvode	Datum	Antal dgr	Ers./dag 1)	Att erhålla

Förlorad arbetsförtjänst (Intyg krävs)

Typ av tj.ärende	Datum	Belopp 2)

Kostnadsersättningar (OBS ! Bifoga originalkvitton)

Typ av kostnad	Datum	Belopp

Beskrivning av uppdraget:

Önskat betalningsätt: Bankkonto: Clearingnr: Kontonr:.....

Check (kontantavi):

Underskrift _____

Attest _____

1) Enligt uppgörelse med SIF

2) Faktiskt avdraget belopp ersätts men dock högst 700 kr.