

Räkningsunderlag förtroendevalda

Fylls i av förtroendevald

Personnummer	Clearingnr/bankkontonr/personkontonr
Namn	Sammanträde/förrättning
Adress	Förättningsställe
Postnummer/ort	Datum

Traktamente (endagstraktamente utbetalas ej) Reseersättning

Avresedatum	KI	Återkomstdatum	KI	Egen bi l _____ km
				Summa kr
Ersättning för inkomstbortfall enligt intyg:				Heltidsarvoderad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Bor privat <input type="checkbox"/> Eget utlägg (kvitto bif) _____ kr Fria måltider: <input type="checkbox"/> Lunch den _____ <input type="checkbox"/> Middag den _____				Övriga upplysningar:
				Förtroendevalds underskrift: _____

Kostnadsställe	Sakattest	Beslutsattest
----------------	-----------	---------------