



Nämnd: _____

Förlorad arbetsförtjänst, förrättning m m

Namn	Personnummer (10 siffror)
------	---------------------------

Förlorad arbetsförtjänst för sammanträde/förrättning: Intyg krävs.

Datum	Sammanträde/Förrättning	Antal timmar	Löneadm anteckn

Förrättningsarvode för: Underlag skall bifogas.

Datum	Förrättning	Klockslag	Löneadm anteckn

Bilersättning vid sammanträde/förrättning:

Datum	Sammanträde/Förrättning	Antal km	Löneadm anteckn

Ersättning för parkeringsavgifter vid sammanträde/förrättning: P-biljetter skall bifogas.

Datum	Sammanträde/Förrättning	Belopp inkl moms	Löneadm anteckn

Övrigt:

Underskrift

Datum

Namn

Kontering/attest

Eken	Verksamhet	Kompl	Objekt	Projekt	Sign
Datum	Underskrift	Telefon			