

FÖRTROENDEVALDA Inkomstbortfall/Reseersättning

DATUM: _____

NÄMND: _____

Förlorad arbetsinkomst – begär du ersättning för förlorad arbetsinkomst? (Kom ihåg att intyg krävs)

Nej Ja → Antal timmar: _____

Ska du vara på/Har du varit på annat sammanträde samma dag som du har/kommer att begära ersättning för?

Nej Ja, följande: _____

BILERSÄTTNING

Datum	Resor (från – till)	Egen bil, km

ÖVRIGA UTLÄGG

Datum	Utlägg (skall styrkas med kvitto eller biljett)	Belopp inkl moms	Moms	Belopp exkl moms

Namn (textas) Personnummer (år, mån, dag, nr)

Adress

E-post adress

Riktigheten i ovanstående uppgifter intygas (underskrift förtroendevald)

Attest ordförande

Namnförtydligande

Utanordnad av

OBS! Skuggat fält skall inte ifyllas!

Vid frågor när det gäller blanketten ring eller maila till nämndsekreteraren.