

# Reseräkning: Förtroendevalda i Svenska Epilepsiförbundet

Namn		Personnummer			
Adress		Postnummer och postort			
Telefon dagtid:		Person/postgirokonto/bankkonto inkl clearingnr.			
E-post:					
Resmål (ort)		Resans ändamål			
Resan började den		klockan	Resan slutade den		klockan
<b>Förlorad arbetsförtjänst:</b>				<b>Belopp:</b>	
<b>Färdsätt och sträcka:</b>				<b>Belopp:</b>	
<b>Övriga utlägg:</b>				<b>Belopp:</b>	
<b>Bilersättning för resa med egen bil</b>				<b>Summa bilersättning:</b>	
Grunders. enligt SKVs regler, för närvarande 1,85 kr/km					
Antal:		km			
				<b>Summa totalt:</b>	
<b>Övriga kommentarer:</b>					
<b>Epilepsiförbundets noteringar:</b>					
Resultatenh.	Konto	Projekt	Koll	Attest	
				Summa kronor att utbetala	

Datum: .....

Räkningen sänds med  
originalkvitton och ev.  
intyg från arb.giv/ alt.  
lönespec.till:  
SEF, Box 1386  
172 27 Sundbyberg

.....  
(Namnteckning)