

Reseräkning: Förtroendevalda, ledare etc 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
Förlorad arbetsförtjänst:				Belopp:	
Färdsätt och sträcka:				Belopp:	
Övriga utlägg:				Belopp:	
Bilersättning för resa med egen bil				Summa bilersättning:	
Grundersättning enligt SKVs regler, för närvarande 2.50 kr/km					
Antal:		km			
				Summa totalt:	
Övriga kommentarer:					
Epilepsiförbundets noteringar:					
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)