



ARVODE- & RESERÄKNING FÖR FÖRTROENDEVALDA

Datum.....

En nämnd/styrelse per blankett

Namn					Personnummer					
Gatuadress					Postnr/Postadress					
Avresa		Återkomst		Uppdragets ändamål, plats, färd sätt m m	Sammanträdessarvode	Förlorad arbetsink.	Antal km egen bil	Traktement	Resetillägg / lönetillägg	Resekostn - ersättning /övrigt
Datum	Kl	Datum	Kl							
Förtroendevalds underskrift					Kr 0,00	Kr 0,00	Km 0,00	Kr 0,00	Kr 0,00	Kr 0,00
							Kr			

Attest								
Löneart	Antal	Debet		Kredit		U-titel	K-ställe	Konto
1645								
1646								
1650								
5050								
5058								
5120								
5130								
5101								
5015								
5017								
4100								
8355								

KOSTFÖRMÅN	
Datum	kr
Datum	kr
KOSTAVDRAG vid Regionfullmäktige	
Antal lunch	Antal kaffe

Reg sign