



Förtroendevalda ARVODE/RESERÄKNING inom kommunen

Namn:	Personnr:
--------------	------------------

Förrättning, plats	Upp- drags- givare	Arvode				Förlorad arbets- inkomst enl intyg	Bilersättn.
		Ange datum och klockslag exkl lunch					
		År	Mån	Dag	Kl. from Kl. tom	Antal timmar	Antal km

RESERÄKNINGEN SKALL INLÄMNAS VARJE MÅNAD

Datum:

Underskrift:

Datum:

Kontoansvarig: