

Uppgifter om den förtroendevalde

Begäran om sammanträdesarvode m m

Avlöningsperiod (år/månad)	Namn	Personnummer
Utbetalningsadress	Postnr	Ort

Aktivitet enl 2 § i ersättningsbestämmelserna				IFYLLES AV KOMMUNEN				PERSONAL-EK. AVD & NÄMNDENS ANTECKNINGAR			
Datum	Klockslag fr o m	t o m	Ange aktivitet enl 2 § i ers.best och nämnd, utskott etc	Bilersättning, ange antal km	Ansvar	Verks	Objekt	Attest	Löpnr	Löneart Smtr/Bil Taxi	Summa, (avrundas)
► ERSÄTTNING FÖR TAXIRESA YRKAS (gäller endast funktionshindrad), <input type="checkbox"/> (kryssa här)											

► ERSÄTTNING FÖR KOSTNAD FÖR VÅRD OCH TILLSYN AV BARN, HANDIKAPPAD ELLER SJUK PERSON enl 12-13 §§ i ersättningsbestämmelserna											
Datum	Klockslag fr o m	t o m	Ange aktivitet enl 2 § i ers.best och nämnd, utskott etc	Ange timmar/ minuter	Ansvar	Verks	Objekt	Attest	Löpnr	Löneart	Summa, (avrundas)
Datum och den förtroendevaldes namnteckning					Anteckningar/Uppllysningar Blanketten fylls i för en kalendermånad i sänder. Vid yrkande om ersättning för taxiresa, v g bifoga kvitto !						