

HUVUDORGAN:.....

Namn.....

Personnummer.....

Datum	Uppdrag	Förlorad arbetstid antal timmar	Arvode	SL-kort	Reseersättning km	Reseersättning övrigt, kr	Trängsel- skatt, kr
<b>För löneförrättare</b>							
<b>Summa:</b>	////////////////////////////////////			////// //////			
<b>å-pris:</b>	////////////////////////////////////			////// //////	////////////////////////////////	////////////////////////////////	////////////////////////////////
<b>Ersättning:</b>	////////////////////////////////////			////// //////	////////////////////////////////		

.....  
Datum Den förtroendevaldes underskrift

.....  
Attest

Blanketten lämnas till organets sekreterare eller mailas till cathrine.hoglund@regionstockholm.se