



## RESERÄKNING (Arvoden & övriga ersättningar)

Namn:

Personnr:

Månad:

Adress:

### Milersättning

Sträcka	Datum	Antal mil	Ers./mil	Att erhålla
-			20:- *	
-			20:- *	
-			20:- *	
-			20:- *	

### Arvoden

Typ av arvode	Datum	Antal dgr	Ers./dag 1)	Att erhålla

### Förlorad arbetsförtjänst

Typ av tj.ärende	Datum	Belopp 2)

### Kostnadsersättning (OBS! Bifoga originalkvitton)

Typ av kostnad	Datum	Belopp
Ifylles av sökande	Summa	
Ifylles av utbetalare	Summa Skattepliktigt	
Ifylles av utbetalare	Summa ej Skattepliktigt	
Ifylles av utbetalare	Skatteavdrag 30%	
Ifylles av utbetalare	Att utbetala	

Beskrivning av uppdraget:

Bankkonto:

Clearingnr:..... Kontonr:.....

Underskrift

Attest

Kommittéordförande

1) Enligt uppgörelse med SMIF

2) Faktiskt avdraget belopp ersätts men dock högst 750 kr.

\* 17:- skattefritt + 3:- som beskattas.