



RESERÄKNING

SVENSKA HANDBOLLFÖRBUNDET
BOX 11016, 110 61 STOCKHOLM
TEL: 08-699 60 00

Avser uppdrag _____

Plats _____ Datum _____

Namn _____ Adress _____

Postnr _____ Ort _____ Personnr _____

Mailadress: _____ Mobil: _____

RESEERSÄTTNING

Färdsträcka _____

Ersättning yrkas för **bil** _____ mil á _____ kr = _____ kr

Ersättning yrkas för **tåg** _____ kr = _____ kr

Ersättning yrkas för annat färdstätt _____ kr = _____ kr

SUMMA

UTLÄGG Ersättning yrkas för följande utlägg:

1. _____ kr

2. _____ kr

3. _____ kr

4. _____ kr

SUMMA _____ kr

KASSAAVDELNINGENS NOTERINGAR

Konto	Proj.	Kr	Attest

FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST/ARVODE ELLER LIKANDE

Ersättning yrkas för _____ dagar á _____ kr

Ersättning yrkas för _____ dagar á _____ kr

SUMMA _____kr

SAMMANFATTNING

Reseersättning _____ kr

Utlägg _____ kr

Traktamente _____ kr

Förlorad arbetsförtjänst _____ kr

SUMMA _____ kr

Att insättas på mitt konto: (OBS! Ej via utbet.kort)

Personkonto: _____ eller

Bank: _____

clear.nr: _____

konto nr: _____

Underskrift