



# RESERÄKNING LANDSLAGSSPELARE

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

Avser uppdrag \_\_\_\_\_

Plats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

## RESEERSÄTTNING

Färdsätt  Bil  Tåg  \_\_\_\_\_

Färdsträcka \_\_\_\_\_

Ersättning yrkas för bil \_\_\_\_\_ mil á \_\_\_\_\_ kr = \_\_\_\_\_ kr

Ersättning yrkas för tåg \_\_\_\_\_ kr = \_\_\_\_\_ kr

Ersättning yrkas för \_\_\_\_\_ kr = \_\_\_\_\_ kr  
annat färdsmätt

SUMMA \_\_\_\_\_ kr

## UTLÄGG Ersättning yrkas för följande utlägg:

1. \_\_\_\_\_ kr 3. \_\_\_\_\_ kr

2. \_\_\_\_\_ kr 4. \_\_\_\_\_ kr

SUMMA: \_\_\_\_\_ kr

## KASSAAVDELNINGENS NOTERINGAR

Konto	Proj.	Kr	Attest

## FORTS. KASSAAVD. NOTERINGAR

Konto	Proj.	Kr	Attest

## FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST ELLER ANNAN SKATTEPLIKTIG INKOMST

Ersättning yrkas för \_\_\_\_\_ vardagar á \_\_\_\_\_ kr

Ersättning yrkas för \_\_\_\_\_ lö/söndagar á \_\_\_\_\_ kr

Matchpremie \_\_\_\_\_ kr SUMMA \_\_\_\_\_ kr

## SAMMANFATTNING

Reseersättning \_\_\_\_\_ kr

Utlägg \_\_\_\_\_ kr

Förlorad arbetsförtjänst  
eller annan inkomst \_\_\_\_\_ kr

SUMMA \_\_\_\_\_ kr

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

Personkonto: \_\_\_\_\_ eller

Bank: \_\_\_\_\_

clear.nr. \_\_\_\_\_

konto nr: \_\_\_\_\_