



Namn	Personnummer
Styrelse/Nämnd	Förrättningsdag/dagar (datum)
Förrättningens art	Ort/plats för förrättning
Förlorad arbetsinkomst (antal timmar)	Förrättningsarvode (ange klockslag from –tom)
Bilresa antal km (egen bil)	
Övrigt	

Uppgiftslämnarens underskrift

Ansvar:	Verksamhet:
---------	-------------

Beslutsattest:

Löneart	Antal	A-pris	Belopp	Fr o m	T o m

Lönekontorets sign.
