

Blankett för reseersättning

RÄKNING TILL:

AFRIKAGRUPPERNA

Tegelviksgatan 40
116 41 Stockholm
Tel: 08- 442 7060
Fax: 08- 640 3660

FRÅN: Namn:
Adress:
Postadress:
Tel/mobil: /
E-mail:
Personnummer: -

A. RESEERSÄTTNING (utgår för billigaste färdstätt, kvitton bifogas)

Resans ändamål:

Datum	Sträcka	Färdstätt (om bil, se nedan)	Enkel, T/R, platsbilj e.d.	Belopp
.....
.....
.....

Om bil, uppge antal km: Ersättning max 1,85 kr/km
Summa reseersättning:

B. ARVODE /LÖN / TRAKTAMENTE

Gällande:
(Om traktamente, ange tid för avresa /återkomst första /sista dagen)

Arvode /lön	Fr.o.m - to.m.	Antal dgr	a kr	Belopp
Traktamente	..... / ..... kl. - / kl.	.....	.....	.....
	..... / ..... kl. - / kl.	.....	.....	.....
	..... / ..... kl. - / kl.	.....	.....	.....

Skatteavdrag 30% om inget annat anges här: Skatteavdrag:
Eventuellt jämningsbeslut skall bifogas.

C. ÖVRIGT (t.ex. utlägg)

Beskrivning	Belopp
.....
.....

Kvitton bifogas fasthäftade på separat papper, tack !

Pengarna sättes in på:

Postgiro/personkonto Avgår ev. förskott:
Bank Totalt att betala:
Clearing nr Konto nr Ort och datum:
Bankens postgiro
Bankgiro
Kontantkr kvitteras Namnteckning:

Stockholm, datum

Afrikagruppernas anteckningar:

DEBET		KREDIT		BELOPP
Konto	KS/KB/Kspec/ID	Konto	KS/KB/Kspec/ID	
Valuta/kurs	Attest I	Attest II	Bokf. per	Registrerat