

| | | |
|---|--------|-----------|
| Namn | | |
| Gatuadr / box | Postnr | Ort |
| Tel dagtid | Fax | E-postadr |
| Personnummer samt ev önskemål om skattesats (vid utbetalning av arvode) | | |

Kostnad avseende

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Resa från - till | Datum för resa / aktivitet |
| Resans / Uppdragets syfte | |

Arvode

| | | |
|--|--------|------|
| | Kronor | SFAM |
|--|--------|------|

Egna utlägg

Enligt Skatteverkets schablon: Bilersättning 18,50 kr/mil. Max måltidsersättning 77 kr.

| Utlägg med bifogade verifikationer i original som önskas ersättning för: | Kronor | SFAM |
|---|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Summa | | |

Fakturerade kostnader

Som bilaga redovisas i original biljetter, kvitton, verifikationer på kostnader som inte betalats, utan fakturerats direkt till SFAM

| |
|---|
| <p>Pengar önskas utbetalade till: Bank- eller plusgiro. Om betalning till bankkonto måste clearing nr anges.</p> |
|---|

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

| SFAM | | | |
|-------------|-------|-----|--------|
| Kto | Debet | Kto | Kredit |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Attesteras: | | | Datum: |
| Utanordnas: | | | |