

RESERÄKNING & ARVODE

Namn		
Gatuadress	Postnr	Ort
Tel mobil	E-postadress	
Personnummer (om arvode):	Skatt (30% lägsta skatt vid extra inkomst):	

Arvode för Mitt-i-ST-värdering/Examen	
Ange namn på ST-läkaren, datum, vårdcentral och ort:	
Mitt-i-ST eller Examen:	Arvode kronor:
Namn på ST-läkaren:	
Ort, datum:	

Egna utlägg		
Skattefri milersättning och lunchersättning ersätts enligt Skatteverkets schablonbelopp.		
Utlägg med bifogade verifikat i original:	Kronor	SFAM
Summa		

Pengar önskas utbetalade till: Bank- eller plusgiro. Om betalning till bankkonto måste clearing nr anges.
Ort och datum
Underskrift

SFAM			
Kto	Debet	Kto	Kredit
Utanordnas:	Kont.:	Bokf.:	2021