SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

RESERÄKNING & Ersättning för inkomstbortfall

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

Ersättning för inkomstbortfall enligt schablon

Beslut om ersättning av inkomstbortfall fattas av SFAMs styrelse. Ange anledning, belopp, ort och datum för uppdraget.

Anledning:	**Ersättning kronor:**
Ort och datum för uppdraget:	

Egna utlägg

Milersättning ersätts enligt Skatteverkets schablonbelopp för skattefri ersättning.
2024 är ersättningen 25 kr/mil. Samtliga kvitton ska vara i original.
Om ersättning gäller digitalt bokad och betalad resa kan reseräkningen med biljett och kvitto e-postas till kansli@sfam.se. Se även SFAMs regelverk för ersättning på www.sfam.se.

Utlägg med bifogade verifikat i original:	**Kronor**	**SFAM**
Summa	0	

Pengar önskas utbetalade till: **Bank- eller plusgiro. Om betalning till bankkonto måste clearing nr anges.**

Ort och datum

Underskrift

Kto	**Debet**	**Kto**	**Kredit**
Utanordnas:		Kont.:	Bokf.:

2023

SFAM • Box 738, 10135 Stockholm • Tel 070-5225221 • e-post kansli: kansli@sfam.se • **www.sfam.se**