

UTLÄGG OCH RESERÄKNING



Parkinson
förbundet

Förnamn	Efternamn
Telefonnr	Personnr
Resans ändamål och förrättningsort	
Datum för resan	

Kontonummer (inkl clearingnr):

--

Antal körda mil (två decimaler):

--

Utlägg enligt kvitto (bifogas)	Belopp SEK
Skattefri bilersättning à 18,50 kr/mil	
Summa	0,00 kr

Övrigt

--

Datum

--

Underskrift

Den anställdes namnteckning	Attest
-----------------------------	--------