

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 25,00 kr/mil	
Summa	

Övrigt

--

Datum

--

Underskrift

Namnteckning	Attest
--------------	--------