

Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst i samband med uppdrag för Psoriasisförbundet

Observera: Personnummer och fullständiga insättningsuppgifter måste alltid anges för att utbetalning ska kunna ske.

Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst samt intyg från arbetsgivaren ska vara förbunds-
kansliet tillhanda senast den 1:a varje månad för att ingå i löneutbetalningen den 25:e samma månad.

Namn	Personnummer -
Utdelningsadress	
Postnummer och ortnamn	
E-postadress	Telefonnr dagtid
Resans ändamål och förrättningsort	
Förlorad arbetsförtjänst, enligt bifogat intyg från arbetsgivaren, kronor. På beloppet dras 30% skatt.	

Beloppet sätts in på konto angivet nedan

Bankkonto i bank	Clearingnummer	Kontonummer
Bankgironummer	Plusgironummer	

Datum - -	Underskrift
--------------	-------------