



RESERÄKNING LANDSLAGSSPELARE

SVENSKA HANDBOLLFÖRBUNDET
IDROTTHUS, 11473 STOCKHOLM
TEL: 08-669 60 00, FAX 08-93 85 74

Avser uppdrag _____

Plats _____ Datum _____

Namn _____ Adress _____

Postnr _____ Ort _____ Personnr _____

RESEERSÄTTNING

Färdsätt Bil Tåg _____

Färdsträcka _____

Ersättning yrkas för bil _____ mil á _____ kr = _____ kr

Ersättning yrkas för tåg _____ kr = _____ kr

Ersättning yrkas för _____ kr = _____ kr
annat färdsmätt

SUMMA _____ kr

UTLÄGG Ersättning yrkas för följande utlägg:

1. _____ kr 3. _____ kr

2. _____ kr 4. _____ kr

SUMMA: _____ kr

KASSAAVDELNINGENS NOTERINGAR

Konto	Proj.	Kr	Attest

FORTS. KASSAAVD. NOTERINGAR

Konto	Proj.	Kr	Attest

FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST ELLER ANNAN SKATTEPLIKTIG INKOMST

Ersättning yrkas för _____ vardagar á _____ kr

Ersättning yrkas för _____ lö/söndagar á _____ kr

Matchpremie _____ kr SUMMA _____ kr

SAMMANFATTNING

Reseersättning _____ kr

Utlägg _____ kr

Förlorad arbetsförtjänst
eller annan inkomst _____ kr

SUMMA _____ kr

Att insättas på mitt konto: (OBS! Ej via utbet.kort)

Personkonto: _____ eller

Bank: _____

clear.nr. _____

konto nr: _____

Underskrift _____ / 20