

UPPDRAGSREDOVISNING

Obs! För att ersättning ska erhållas måste räkningen vara oss **tillhanda senast 4 veckor efter konferensen/aktiviteten.**

Skicka till: Hallands Parasportförbund, Ryttarevägen 18 B, 302 62 HALMSTAD.

Uppdragets art	Datum	Uppdragsort
----------------	-------	-------------

Namn		Personnummer
Adress	Postnr	Ort

Insättes på plusgiro eller personkonto	Bankens namn och kontonummer inkl. clearingnummer
--	---

Yrkar ersättning för följande:

Resa från:		Till:			
Bilersättning		Antal mil	å kronor (25/mil)		Belopp
Annan resekostnad enl. kvitto	Belopp	Utlägg mat enl. kvitto	Belopp	Diverse utlägg enl. kvitto	Belopp
				Skatteavdrag	
				Totalt kronor	

Underskrift

Ort och datum	Ovanstående uppgifter intygas (Namnteckning)
---------------	--