FÖR FÖRBUNDSSTYRELSEN SAMT UTLANDSRESOR

**Löpnr/verifikation**

(Fylls i av förbundets ekonomienhet) (fylls i av förbundets ekonomienhet)

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer      | Namn      |
| Gatuadress      | Postnr      | Ortsadress      |
| Aktivitet      |
| Aktivitetsansvarig      | Aktivitetsort      | Kryssmarkera om aktivitetsorten är mer än 5 mil från arbetsplatsen **och** bostaden | [ ]  |
|  |  |
| **Datum och klockslag** |  |
| Resan påbörjades 20      kl       Aktiviteten påbörjades 20      kl       ...................................................... ............................................. .......................................................... ...........................................Aktiviteten avslutades 20      kl       Resan avslutades 20      kl       ...................................................... ............................................ .......................................................... .......................................... |
|  |  |  |  |  |  |
| **Samtliga måltider som ingått i aktiviteten.****Måste fyllas i om ev traktamente ska utbetalas.** | **Traktamenten** | Antal | à kronor | Belopp | **Förbundets noteringar** |
| Inga måltider har ingått [ ]  | Inrikes |       |       |       | Traktamenteskattepliktigt |  |
| Datum | Frukost | Lunch | Middag |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Privat övernattning |       |       |       | Traktamente ej skattepliktigt |  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Utrikes |       |       |       | Utlandstrakt ej skattepliktigt |  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| **Bilersättning** |  |  | Antal mil |  |
| Från      | Till      |       | Bilersättning skattepliktigt |  |
| Namn på medpassagerare      |       | Bilersättning ejskattepliktigt |  |
|  |  |
| **Arvode** |  |
| Orsak      | Belopp      | Arvode |  |
|  |  |
| **Ledighet** |  |
| [ ]  Tjänstledig       dagar .......................... | [ ]  Semester       dagar .......................... | [ ]  Annan ledighet       dagar ........................... |  |  |
| **Bifoga intyg som visar ledigheten. Om löneavdrag har skett måste detta framgå av intyget.** |  |  |
| Månadslön      | Förlorad arbetsförtjänstAntal       à        | Förlorad arbetsförtjänst |  |
| **Bifoga alltid originalkvitton för ersättning av nedanstående kostnader!** |  |
| **Resekostnader** |  |
|       | Belopp      | Resekostnader |  |
|       |       |  |  |
| **Övriga kostnader** |  |
|       | Belopp      | Övriga kostnader |  |
|       |       |  |  |
| **Hotellkostnader** |  |
|       | Belopp      | Hotellkostnader |  |
|  |  |  |  |
| Underskrift | Telefon dagtid      | Konto      | Kostnadsställe      |
| Godkännes | Attesteras |