



**Uppgifter om den förtroendevalde**

Namn				Personnummer				
Utbetalningsadress				Postnr		Ort		
Aktivitet enl. § 11-18 i ersättningsbestämmelserna						<b>IFYLLES AV NÄMNDSEKR</b>	<b>IFYLLES AV LÖNEENHETEN</b>	
Datum (ååmmdd)	Klockslag fr o m	t o m	Ange aktivitet samt nämnd, utskott etc.	Begäran om ersättning för förlorad arbetsinkomst enligt intyg fr arbetsgivare med kronor*	Bilers, ange antal km	Ant tim/km som ersätts	Verksamhetskonto	Belopp samt löneart
Datum och den förtroendevaldes namnteckning					Attest verksamhetskontoansvarig			
Datum och arbetsgivarens namnteckning		Telefonnr arbetsgivaren		* inklusive ev förlorad semesterförmån				
<b>Övriga upplysningar</b>								
Sammanträde, kurs, olika sammankomster, resekostnader, kilometerersättning etc. Kvitton på utlägg ska bifogas.								

Förtroendevalda	Avtal	Semgr	Befkod	Arbstkod	Förmgr	Arbgkod	Skattekol	Lönearter	
	95	7	8600	99990	5	01	8	0185 – Justering av protokoll	0187 – Smtr ers
								0219 – Förlorad arbetsinkomst	8356 – Km ers