



**Tomelilla
kommun**

Begäran om ersättning

Förtroendevalda

Namn

Personnummer

.....

.....

Bostadsadress

.....

Postnr.

Ort

.....

.....

Uppdrag

Datum

.....

.....

Färdväg

.....

Samanträdestid

from kl tom kl

Förlorad arbetsförtjänst

antal tim

Resekostnad

antal km

Kostförmån

Antal

(Fri lunch, middag – bekostad av Tomelilla kommun)

Övrigt:

.....
.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Namnunderskrift

.....
Namnförtydligande

Kontering

Ansvar:

Verksamhet:

.....
Datum

.....
Attest

.....
Namnförtydligande