

## Arvodesunderlag Avlastning

## Familjehem

Datum

**Namn:** .....

.....

**Address:** .....

**Brizad Behandlingskonsult AB**

**Box 1087**

Postnr:.....Ort:.....

824 12 HUDIKSVALL

**Telefonnr:.....**

**E-post:**.....

**Bankkontonr:** .....

**Skattetabell:.....**

**Elevens namn:** .....

**Konsulent:**.....

**OBS!! Arvodesunderlaget skall vara kontoret tillhanda senast den 1:a varje månad.**

| Avser datum | Antal dygn/nätter | Arvode | Omkostnadsersättning |
|-------------|-------------------|--------|----------------------|
| .....       | .....             | .....  | .....                |

Övriga utlägg (bifoga kvitton) Här redovisas även de resor som gjorts i samband med behandling eller annat som överenskommit med Brizad.

[illegible]