

LÖNERAPPORT

Kontaktperson

Datum

Namn:

.....

Adress:

Brizad Behandlingskonsult AB

Box 1087

Postnr:Ort:.....

824 12 HUDIKSVALL

Telefonnr:.....

E-post:

Bankkontonr:

Skattetabell.....

Elevens namn:

Konsulent:.....

FÖR FÖLJANDE DAG/DAGAR SKA ERSÄTTNING UTGÅ ENLIGT AVTAL.

Datum

Tid

Antal timmar

		Totalt antal timmar:

Milersättning

Destination

Antal km

Resan avsåg

Totalt antal km:

Övriga utlägg (Redovisas alltid med bifogat kvitto):

Uppgiftslämnare

Attesteras