Sotenäs kommun

ARVODE & ERSÄTTNINGAR FÖRTROENDEVALDA

Arvodesdatum:
Klockslag:

Ändamål (syfte samt plats)**:**
Ska belasta nämnd/styrelse:

Efternamn (texta)	Förnamn (texta)	Födelsedat

Heldag > 4	Halvdag ≤ 4

SML-anst (ange tim)	Förlorad arb-inkomst (tim)	Förlorad OB (ange tim)	Reseersät. i km.	Reseutl. (bif kvitto)	Signatur ledamot

Förklaringar till respektive kolumn, se baksidan

Attest av ordförande:
Namnförtydligande:

KOLUMNERNAS FÖRKLARING

Heldag > 4	Kryssa om uppdraget var längre än 4 timmar
Halvdag < 4	Kryssa om uppdraget var kortare än 4 timmar
SML-anst (ange tim)	Fylls endast i om du är anställd i Sotenäs, Munkedal eller Lysekils kommun och har förlorad arbetsinkomst - ange antal timmar.
Förlorad arbinkomst (tim)	Fylls endast i om du **inte** är anställd i Sotenäs, Munkedal eller Lysekils kommun och vill ha ersättning för förlorad arbetsinkomst. - ange antal timmar
Förlorad OB (ange tim)	Fylls endast i om du är anställd i Sotenäs, Munkedal eller Lysekils kommun och har förlorat OB-tillägg - ange antal timmar
Reseersät. i km	Fyll i antal kilometer du vill ha resersättning för, ENDAST om avstånd bostad -
Reseutl. (bif kvitto)	Fyll i summa som du vill återbetalt reseutlägg för - bifoga kvitton.