



Intyg om förlorad arbetsförtjänst 2017

Namn: _____ Personnr: _____

Löneavdrag vid politiskt uppdrag i Sotenäs kommun

Löneavdrag per timme _____ Kr

Löneavdrag per dag vid heldag _____ Kr

Eventuell förlorad OB-ersättning eller annan ersättning _____ Kr

Arbetsgivare: _____

Adress: _____

Postnr/ort: _____

Tfn: _____

Datum: _____

Arbetsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Skickas till:
Munkedals Kommun
Löneenheten
455 80 MUNKEDAL