**Skickas till:**

Riksförbundet Hjärnkoll

Tjurhornsgränd 6

121 63 Johanneshov

**Ref.nr:**

**Förlorad arbetsförtjänst.**

**Datum:**

|  |
| --- |
| **Ersättning för förlorad arbetsförtjänst** |
| *Bifoga kopia av lönespecifikation där avdraget gjorts och ett intyg från arbetsgivaren!*  *Max 1600 kronor/dag* |

**Personuppgifter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Förnamn** | **Efternamn** | **Personnummer** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adress** | **Tel.nr** | **E-post** |
|  |  |  |

**Utbetalningsuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bankkonto inkl. Clear nr** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitet** | **Antal timmar** | **Plats** | **Datum** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resekostnader** | **Antal** | **Ersättning** | **Summa** |
| Bil, parkering och taxikvitton |  |  |  |
| Milersättning 18,50/mil |  |  |  |
| Hotell |  |  |  |
| Flyg och tåg |  |  |  |

ATTEST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maria Kindefält Trygg - Teamledare