

Sjövarnsskårens Riksförbund
Teatergatan 3
111 48 Stockholm
08-409 379 79

RESERÄKNING ELEVER

DATUM: _____

| | | | |
|---|--|---|--|
| Kurs: | | Referensnummer/kursnummer: | |
| Personnummer: | Namn: | Adress: | Postnummer och ort: |
| Telefonnummer: | E-postadress: | Lokal Sjövarnsskår: | En ej komplett reseräkning kommer att returneras! |
| Bankkonto: Clearingsnr <input type="text"/> Kontonr <input type="text"/> | Berättigad till dagpenning (SGI) enligt kurskallelsen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Beslut om SGI från Försäkringskassan bifogas (krav för dagpenning; om ej utbetalas lägsta SGI): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Jag äskar ersättning för förlorad arbetsförtjänst och bifogar intyg från min arbetsgivare: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

**Skattefri
ersättning**

**Skattepliktig
ersättning**

| Datum | Ange TILL vilken ort du reser resp. FRÅN den ort du reser | Antal dag- ersättning | Bilers. egen bil (antal km) | Utlägg för resa (enl. kvitto) | Utlägg för boende (enl. kvitto) | Matersättning (enl. kvitto) | Antal dag- penning | Antal ersättning förlorad arbetsförtjänst |
|-------|---|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| | TILL | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | FRÅN | | | | | | | |
| | Summa | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Resenärens underskrift Namnförtydligande samt telefon | Bestyrkande av skol-/kurschef Namnförtydligande samt telefon |
|--|---|

utbildning@sjovarnskaren.se

GLÖM INTE ATT BIFOGA KVITTON!
(snyggt och prydligt sorterade och fästa på separat papper)