

Sjövarnsskårens Riksförbund
Teatergatan 3, 2 tr
111 48 Stockholm
08-409 379 79

RESERÄKNING INSTRUKTÖR

DATUM: _____



Kurs:		Referensnummer/kursnummer:	
Personnummer:	Namn:	Adress:	Postnummer och ort:
Telefonnummer:	E-postadress:	Kår:	En ej komplett reseräkning kommer att returneras!
Bankkonto: Clearingsnr	Berättigad till ers. för förlorad arbetsförtjänst (SGI) enligt överenskommelse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beslut om SGI från Försäkringskassan bifogas: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Intyg från arbetsgivare om att förlorad arbetsförtjänst föreligger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontonr			

Antal fria måltider: ___ Frukost ___ Lunch ___ Middag	Antal fria måltider (fältdygn/sjödygn): ___ Frukost ___ Lunch ___ Middag
--	---

Skattepliktig ersättning

Skattefri ersättning

Datum	Ange TILL vilken ort du reser resp. FRÅN den ort du reser	Bilers. egen bil (antal km)	Utlägg för resa (enl. kvitto)	Antal veckokursarvode	Antal timarvode	Antal övningsdygn	Antal ers. för förlorad arbetsförtjänst	Övriga utlägg (enl. kvitto)
	TILL							
	FRÅN							
	Summa							

Instruktörens underskrift _____ Namnförtydligande samt telefon	Bestyrkande av skol-/kurschef _____ Namnförtydligande samt telefon
--	--

utbildning@sjovarnskaren.se

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