

Reseräkning - Funktionsrätt Skaraborg

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Styrelsen:

SAM-gruppen:

Trafikgruppen:

Skolgruppen:

Hälso- och sjukvårdsgruppen:

Skaraborg GO arbetsgrupp

Övriga uppdrag:

Ersättning per mil: kr 18.50

Datum för resan	Resans syfte	Till - Från	Antal körda mil	Summa kr

Totalt: _____

Ersättning önskas insatt på konto: _____ Bank: _____

Underskrift: _____

Kontrollerad och godkänd av: _____ Datum: _____