

### Reseräkning - Funktionsrätt Skaraborg

Namn: \_\_\_\_\_

Styrelsen:

Adress: \_\_\_\_\_

Arbetsgrupper:

Telefon: \_\_\_\_\_

Övriga uppdrag:

**Skattefri ersättning per mil: kr 25.00 (Fr o m 230101)**

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: \_\_\_\_\_