



## RESERÄKNING Sveriges Tandhygienistförening, STHF

Namn: .....  
Personnr.....  
Pg:.....Bg:.....Personkonto:.....  
Bankkonto cl.nr:.....kontonr:.....Bank:.....  
Uppdragets art:.....

### KOSTNADER

Utlägg resor (bifoga biljetter):.....  
.....  
.....

Utlägg enl bifogat kvitto (ej resor):.....

### TRAKTAMENTE

Avresa från:.....den...../..... kl.....

Återkomst till:.....den...../..... kl.....

	Frukost	Lunch	Middag
Antal fria måltider avresedagen	.....	.....	.....
Antal fria måltider mellandagar	.....	.....	.....
Antal fria måltider hemresedagen	.....	.....	.....
Ersättning för förlorad arbetsförtjänst			

Enligt bifogad lönespec.....

Färdtidsersättning, utgår före 08.00 och efter 17.00 (ej styr.int)

.....-dag den..... mellan kl .....och.....antal tim.....

.....-dag den..... mellan kl.....och.....antal tim.....

Ersättning för uppdrag utförda utanför ordinarie arbetstid

.....-dag den..... mellan kl .....och.....antal tim.....

.....-dag den..... mellan kl .....och.....antal tim.....

.....-dag den..... mellan kl .....och.....antal tim.....

.....  
Datum

.....  
Namnteckning