



REDOVISNING av inkomstbortfall

År och månad: _____

Personnr: _____ Namn: _____

Dat	Sammanträdets art	Löneavdrag timmar	Ersättning	Verksamhet (B-konto)	Ansvar (C-konto)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Arbetsgivarens underskrift: _____

Förtroendevalds underskrift: _____

Attest: _____ Beslutsattest: _____

Lämnas till nämnds- /utskottssekreterare tillika attestant.