

Handläggare

Ingegerd Andersson

Förbundssekreterare

SAMMANTRÄDES- OCH FÖRRÄTTNING SARVODEN FÖR REVISORER**Revisor**

Namn	Personnummer (lönekontorets krav)
------	-----------------------------------

Uppgifter om sammanträde/förrättning

Sammanträde/Förrättning	
Datum	Tidsangivelse (fr o m – t o m)
Plats	
Bilersättning antal km (minimum 5 km enkel resa)	

 Namnunderskrift

 Attest

Insändes till:

Kalmarsunds gymnasieförbund, Box 865, 391 28 Kalmar