**Skicka till:**

Kristina.lockner@rfop.se

**Underlag för ersättning**

För ev. lönebortfall samt utlägg, t.ex. resor i samband med uppdrag på Riksföreningen för operationssjukvård.

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Hemadress |  |
| Personnummer |  |
| Bank |  |
| Konto nr. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avser** utbildning/föreläsning |  |
| **Datum** |  |
| **Mötesort** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FAF, antal dagar**(förlorad arbetsförtjänst)Utbetalas efter överenskommelse enligt bifogat underlag.  |  |
| **Eget utlägg**Enligt bifogade kvitton i pdf och eller verifikationer.Uppge här vad kostnaden gäller, tex resa med tåg, övernattning på hotell etc. |  |