

E-post: kassor@botkyrkabk.se

Ansökan om **ARVODESERSÄTTNING** för kurshållare/instruktörer

Namn: _____

Personnr: _____

Adress: _____

Postnummer/Postadress _____

Mailadress: _____

Telefon: _____

Plusgiro: _____

Bankkonto: (inkl.Clearingnummer) _____

Orsak till ersättning:

Kursnummer: skall anges! (____) Antal gånger: (____) Antal kursdeltagare: (____)

Kursdatum: 1: ____/____ 2: ____/____ 3: ____/____ 4: ____/____ 5: ____/____

6: ____/____ 7: ____/____ 8: ____/____ 9: ____/____ 10: ____/____

Annan information: _____

RESEERSÄTTNING

Till: _____

Från: _____ Tur.o.Retur, ringa in det som gäller. Ja / Nej

Färdsätt

Egen bil: _____ mil á ____18,50:- kr = _____ kr

Annat färd sätt enl kvitto: _____ = _____ kr

ARVODE: _____ 950:- _____ = _____ kr

SUMMA TOTALT: _____ = _____ **kr**

Datum:

Underskrift kurshållare: _____