

Milersättning

Namn	Anställningsnummer
------	--------------------

Datum	Avreseadress	Besöksadress	Syfte/ändamål	Kronor/ mil:	Antal mil:	Totalt belopp:
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						

Total summa					
--------------------	--	--	--	--	--

Ort och datum	Medarbetarens underskrift
---------------	---------------------------

Alla uppgifter ifylls av behörig chef

Faktureras kund Ja Nej Ja, utförs av kontoret

Kronor/mil: _____

Kostnadsställe: _____

Uppdragsnummer: _____

Kund/företag: _____

Kontaktperson: _____

Adress: _____

Attest av behörig chef: _____

Namnförtydligande: _____

Tjänsteområde: _____

Företagsnummer: _____

Ref nr: _____

Ort och datum: _____

Skattefritt belopp är 18,50 kr.

Belopp över ovanstående är skattepliktigt.

Vid faktura till kund, utgår soc.avg (31,42%) på skattepliktigt belopp

Ifylls av kund vid behov

Attest kund: _____

Namnförtydligande: _____

Signatur löneavdelningen