

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------|--------------|------|--|
| Namn | | Personnummer | | |
| Adress | | Tel dagtid | | |
| Postnummer | Postadress | | | |
| Plusgiro <input type="checkbox"/> | Bankkontonummer | Clearing nr | Bank | |
| Bankgiro <input type="checkbox"/> | | | | |
| Bankkonto <input type="checkbox"/> | | | | |
| Plats | | Datum | | |
| Kurs / Evenemang | | Res enhet | | |
| Övrigt | | | | |

Utlägg

| Kvitton måste bifogas för att ersättning för utlägg skall godkännas | Belopp (inkl moms) |
|---|--------------------|
| Utlägg resekostnader (860) | |
| Utlägg logi (861) | |
| Utlägg parkering (803) | |
| Kilometerersättning egen bil (800) | Antal km: |

Resenärens underskrift

| | | | |
|-------|---------------|-----------|--------|
| Datum | Namnsteckning | Förattest | Attest |
|-------|---------------|-----------|--------|

Blanketten insändes till:
Astma- och Allergiförbundet
Box 170 69
104 62 Stockholm