

ERSÄTTNING FÖRLORAD ARBETSINKOMST FÖRTROENDEVALD

ESLÖVS KOMMUN	Förv	Period fr o m						Period t om					
		År		Månad		Dag		År		Månad		Dag	
Namn								Personnummer					
Styrelse, nämnd etc		Telefon Arbete											
		Telefon Bostad											
Förrättningens art								År	Månad	Dag	Förlorad arbets- komst timmar		
Datum/Underskrift								Attest					