



Ansökan om arvodes- och/eller reseersättning för patientföreträdare inom RCPH

Fylls i av den som söker arvode (program/ kallelse bifogas ansökan)

Namn	Personnr
Telefonnr	Kontonr för utbet
Adress	
Ansökan avser (bif även program/kallelse):	
Händelsedatum:	

Arvodesersättning

Söker för:

heldag 1 700 kr <input type="checkbox"/>	halvdag 850 kr <input type="checkbox"/>
--	---

Resespecifikation

Resans datum	Resans ändamål, rese mål, färd sätt, Passagerare, Specifikation av utlägg	Egen bil antal km	Utlägg (enligt kvitto)	
			Belopp	varav moms

Datum och underskrift:

Ansökan skickas tillsammans med program/kallelse till:

Birgitta Fransson
Norrlandstingens regionförbund
Köksvägen 11
901 89 UMEÅ