

RESERÄKNING & ARVODE - Mitt-i-ST eller Examen

Namn		
Gatuadress	Postnr	Ort
Tel mobil	E-postadress	
Personnummer (om arvode):	Skatt i procent (30% lägsta skatt vid extra inkomst):	

Mitt-i-ST-värdering/Examen	
Ange namn på ST-läkaren, datum, vårdcentral och ort:	
Mitt-i-ST eller Examen:	Arvode kronor:
Namn på ST-läkaren:	
Ort, datum:	Rapport sänd till mittist.rapporter@sfam.se alt. examen@sfam.se <input type="checkbox"/>

Egna utlägg

Milersättning ersätts enligt Skatteverkets schablonbelopp för skattefri ersättning. 2024 är ersättningen 25 kr/mil. Vid digitalt bokad och betalad resa skickas reseräkningen med biljett och kvitto per e-post till kansli@sfam.se. Originalkvitton/kassakvitton efter 240601 fotas (krav läsbart) skickas per e-post. Se även SFAMs regelverk för ersättning på www.sfam.se

Utlägg med bifogade verifikat i original:	Kronor	SFAM
Summa	0	

Pengar önskas utbetalade till: Bank- eller plusgiro.
Om betalning till bankkonto måste clearing nr anges.

Ort och datum

Underskrift

Kto	Debet	Kto	Kredit
Utanordnas:		Kont.:	Bokf.:

2024