SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

RESERÄKNING & Ersättning för inkomstbortfall

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

Ersättning för inkomstbortfall enligt schablon

Beslut om ersättning av inkomstbortfall fattas av SFAMs styrelse. Ange anledning, belopp, ort och datum för uppdraget.

Anledning:	**Ersättning kronor:**
Ort och datum för uppdraget:	

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) och 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.				
	Kto	**Debet**	**Kto**	**Kredit**
Ort och datum				
Underskrift	**Utanordnas:**		Kont.:	Bokf.:

2023