



**MARIESTAD**

## Förtroendevaldas ersättning

Personnummer	Namn	Nämnd	Avser år, månad

### Förlorad arbetsförtjänst

Datum	Jag har gått miste om ersättning för: tim	Uppdragets art	Attest

### Övrigt


datum

namn

--	--

Blanketten skickas till respektive nämnd för granskning och vidarebefodras till personalkontoret.