



Internklient:

Avd: _____

Prosj: _____

REISEREGNING

(KAN BENYTTES VED REISER UTEN OVERNATTING, BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Reiseregningen må innleveres senest innen utløpet av påfølgende måned. Betales ut 10. hver mnd.

Navn		Personnr. (11siffer)	
Adresse		Bankkontonr.:	
Poststed		Skattekommune	

Formål med reisen:	
Avreise/Ankomst (dato/kl):	

Kjøring:

Rute	Egen Bil			SUM KJØRING:
	Antall km à	Passasjer	Kr	
	2	0,50 kr		

Diett:

5-9 Timer <input type="checkbox"/>	9-12 Timer <input type="checkbox"/>	12+ Timer <input type="checkbox"/>	SUM DIETT:
Kr 140,-	Kr 200,-	Kr 320,-	

Spesifikasjon av andre utlegg:

Utgiftstype	Kr	SUM UTLEGG:

TOTALT (REISEN+DIETT+UTLEGG):

Dato:	Utsteders underskrift:
Dato:	Attestasjon:

Kvitteringer festes på eget A4-ark, påføres vedleggsnummer og legges ved reiseregningen.
Regning sende til: Stavanger Døveidrettsforening, Saudagt 11, 4012 Stavanger.

|