|  |  |
| --- | --- |
|  | **DOMARARVODE** |
|  |  |

Namn:……………………………………………………………………

Adress:…………………………………………………………………..

Postnr o postadress:……………………………………………………

……………………………………………………………………………..

Tel.nr:………………………………………………………………………

Person/orgnr:………………………………………………………………

F-skatt □ Ja □ Nej

Antal tim:……………………………………. Kr/tim:………………………

Antal mil:…………………………………….. Kr/mil:………………………

S:a ersättning:……………………………………………………………….

Konto att betala till:……………………………………………………………

Bank:…………………………………………………………………………….

Ort, datum, underskrift;…………………………………………………………