



BÅSTADS KOMMUN

Ersättning för förlorad arbetsinkomst

Sida 1 (1)

BÅSTADS KOMMUN
Lönekontoret
0431-770 00 vx

Namn	Personnummer
Arbetsgivare	Avser månad

Sammanträdes- datum	Politiskt organ	Antal timmar	Kr/tim	Summa kr

Att de uppgifter som jag lämnat ovan överensstämmer med av arbetsgivaren gjorda löneavdrag, enligt bilaga, intygas härmed:

Datum
Underskrift av uppgiftslämnare
Datum
Underskrift av nämndsekreterare el motsvarande

Postadress
Båstads kommun
269 80 Båstad

Besöksadress
Vångavägen 2
269 80 Båstad

Webbadress
www.bastad.se
bastads.kommun@bastad.se

Telefon, Telefax
0431-770 00,
0431-770 20