

Intyg om förlorad arbetsinkomst för förtroendevald i Dals-Eds kommun

Härmed intygas att löneavdrag har gjorts enligt nedanstående specifikation för:

Namn

Personnummer

--	--

Arbetsgivare

Adress

--	--

Postnummer

Postadress

Telefon

--	--	--

Datum	Tidsangivelse:		Summa timmar	Summa löneavdrag, inkl. pensions –och sem.förmån
	From kl	Tom kl		

Ort och datum

_____/_____
Underskrift av arbetsgivarens repr. Namnförtydligande