


REFUSION AF UDGIFTER
VED UDDANNELSE M.V.
AF TILLIDSREPRÆSENTANTER

Kommune

Organisation

	BUPL Sydjylland Gejlhavegård 14B 6000 Kolding Tlf. 3546 5400
--	---

B U P L



Kursus-/mødedeltager

Cpr-nr.	Institutions navn + adr.
Navn:	
Adresse	

Samlet refusionsbeløb (overført fra bagsiden):	
Administration:	
Ialt:	

Dato: _____

Tillidsrep.underskrift

Kommunens underskrift

OPGØRELSE AF UDGIFFER VED UDDANNELSE M.V. AF TILLIDSREPRÆSENTANTER

OPGØRELSE FOR _____ MÅNED _____ ÅR

Dato	Aktivitet	Antal timer	Timer (justeret)	Nettoløn	Tillæg	Særlig feriegodtgørelse	Egen pensionsbidrag	Løn i alt
IALT								

Overføres til forsiden

Dato og nærmeste foresattes underskrift - (sendes herefter til kommunen)