LEKEBERGS KOMMUN

Sammanträdesarvode

Sammanträde/instans:	Datum:		Starttid:	Sluttid:	Ansvar:	Konto:
Namn	**Personnummer**	**Kommunanställd (sätt kryss)**	**Om del av sammanträde mellan kl:**	**Belopp (ifylles av sek.)**	**Reseersättning i antal km**	**Signatur av förtroendevald**

Underskrift av sekreteraren: