

# Räkningsunderlag för stödpersoner

## Skall vara patientnämnden tillhanda den 1:a varje månad

Fylls i av stödperson

Stödpersonens personnummer		Avser veckorna (underlag för arvode)		
Namn				
Adress				
Postnummer/ort				
Telefonnummer		Patientens signatur (skriv ej ut namnet)		
Datum	Resväg	Egen bil, km	Allm färdmedel, kr	Övrig resekostnad, kr
<b>Summa</b>				

Underteckna alltid rapporten		
.....	.....	.....
Ort	Datum	Underskrift

## Utbetalningsorder

Fylls i av patientnämnden

	<b>Summa kr</b>		<b>K-ställe</b>
Arvode			01217
Kostnadsersättning			01217
<b>Slag av reseersättning</b>	<b>Antal</b>	<b>Sort</b>	<b>K-ställe</b>
Egen bil		km	01217
Allmänna färdmedel mm		kr	01217

Beställningsattest	Beslutsattest
Datum	

Skicka räkningsunderlaget tillsammans med rapporten (räkningsunderlag ska skickas oavsett om man haft resor eller inte och ett per patient) till

**Patientnämnden**  
**Regionhuset**  
**971 89 Luleå**

