



# Ersättning för förlorad arbetsinkomst

Stockholms fackliga samorganisation

Skickas till: SFSO, box 55690, 102 15 Stockholm

Personnummer (10 siffror – år, månad, dag, nr)

Efternamn:

Förnamn:

Gatuadress (postnummer och ort):

Hemtelefon:

Mobiltelefon:

E-post:

Den förlorade arbetsinkomsten beror på:

Deltagande i fackliga studier: .....

Datum: .....

Deltagande i facklig förhandling: .....

Datum: .....

Annat, nämligen: .....

Datum: .....

Jag begär ersättning för förlorad arbetsinkomst enligt följande:

Antal timmar: ..... Inkomst per timme: ..... kronor före skatt. Totalt: ..... Kronor.

Övriga uppgifter:

Kontouppgifter:

Mitt kontonummer är: ..... och min bank heter: .....

Ovanstående uppgifter intygas, namnteckning:

Ort och datum:

Attesteras: