

Socialförvaltningen

Assistanssamordnare

Namn		Organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Kontaktperson			
Telefon	E-post		
Bankgiro	Postgiro		
Kollektiva vtl	Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt		

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
Avser period	

Ordinarie assistent

Namn	Personnummer
------	--------------

Löneart	Timmar	Ordinarie lön	Sjuklön	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Ordinarie lön under karensdag				
S:a semesterersättning				
Sjuk OB Kväll				
Sjuk OB Natt				
Sjuk OB Helg				
Sjuk OB Storhelg				
Sjukjour Vardag				
Sjukjour Helg				
SUMMA				
Sociala avgifter				
Sociala avgifter nedsatt				
Försäkringar				
Försäkringar nedsatt				
Summa merkostnad vid sjukdom				

Fakturan sänds till Haninge kommun, Refid 350101, Box 951, 831 29 Östersund.

Har ni frågor, kontakta Birgitta Karlsson på Tel: 08-606 47 45.