

**Afregning for
tjenestekørsel i egen bil**

Tjenestenr.	Cpr.nr.	
Navn		
Stilling		
Center	Afdeling	Sygehus

Dato	Kørslens yderpunkter	Km	Formål
Kilometer i alt		0	

Medarbejders underskrift
Nærmeste leders underskrift: (Skal udfyldes)