

FRISKVÅRDSBIDRAG

Medarbetare kan ansöka om friskvårdsbidrag vilket avser det år då utbetalning av bidraget sker. *Underlag måste därmed lämnas till din chef senast 30 november för att utbetalning ska kunna ske inom det aktuella kalenderåret.*

Avser år: _____

Namn	Personnummer
Arbetsplats	Belopp

Beloppet betalas ut per kalenderår

Visstidsanställda 3-6 månader kan få ersättning upp till 1000 kr

Visstidsanställda 7-12 månader och tillsvidareanställda kan få ersättning upp till 2000 kr

LKF utger friskvårdsbidrag enligt Skatteverkets regler om motion och friskvård, för fullständig information se Skatteverkets hemsida (www.skatteverket.se) eller kontakta personalfunktionen.

Plats för kvitto (alt. faktura i *kombination* med underlag som styrker inbetalt belopp)

Ifylls av ansvarig arbetsledare

BESLUT	KONTO		
☐ Beviljas	Konto (ändras ej)*	Kostnadsställe	Order
☐ Avslås	7471		

UNDERSKRIFTER

_____	_____	_____	_____
Datum	Arbetslagare	Datum	Arbetsledare