Stuga nr:	Arbetsplikt Ekens Koloniförening				År:
Namn 1:	Telefon:	ARBETADE TIM			
Personnr:	Kontonr:	Datum	Arbetsplikt tim	Övrigt tim	Arbetsled. Sign.
Typ av arbete:					
		Summa: tid			
		Summa: kr			

Namn 2:	Telefon:	ARBETADE TIM			
Personnr:	Kontonr:	Datum	Arbetsplikt tim	Övrigt tim	Arbetsled. Sign.
Typ av arbete:					
		Summa: tid			
		Summa: kr			

Skriv här om du har ett förtroende uppdrag i år:

Om du har ett förtroende uppdrag och/eller kommer över 8 timmar har du rätt till ersättning. Om du avsäger dig denna får du gärna skriva detta här.

OBS! Lämnas in tillkassören senast 30/9