



INTYG

Härmed intygas att

Namn

Personnummer

Nämnd

kommer att få löneavdrag enligt nedan.

Datum

Tidpunkt fr o m - t o m

Löneavdrag

Datum	Tidpunkt fr o m - t o m	Löneavdrag

Ort och datum

Arbetsgivarens namn och telefonnummer

Underskrift