

ÅTERBETALNINGSFÖRBINDELSE

Undertecknad har idag emottagit.....kronor i orm av återbetalningspliktigt socialbidrag.

Återbetalningen skall ske med.....kronor/månad från och med.....
Intill dess full betalning skett.

Knivsta den..... Person nr.....

Namnteckning.....

Förtydligande.....

Namnteckning bevittnad

.....