

Skema til registrering af udmøntning af forhåndsftaler i forhold til udmøntningsgarantien

Navn	Cpr.nr.
	Stilling
	Institution/Regionshospital/Afdeling

Er omfattet af forhåndsftale indgået med:

Forhandlingsberettiget organisation(-er):	
---	--

Aftalen vedrører: (kort beskrivelse)

--

Personen er omfattet af aftalen pr. - og ophøre pr.

Aftalen indgår i udmøntningsgarantien:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uenige	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	-----	--------------------------	--------	--------------------------

Bemærk at hvor andet ikke er anført medtages aftalen i udmøntningsgarantien.

Dato	Arbejdsgivers underskrift
------	---------------------------

Dato	For den / de forhandlingsberettigede organisation(er) underskrift
------	---