|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ÖVERENSKOMMELSE**  ST-LÄKARES SIDOTJÄNSTGÖRING UTANFÖR KRONOBERGS LÄN  (Ska alltid fyllas i oavsett längd på tjänstgöring) | |
| ST-läkare | | |
| Namn | | Personnummer |
|  | |  |
| Adress | | Mobilnr |
|  | |  |
| Sändande chef | | Mobilnr |
|  | |  |
| Regionplacering kortare än 3 månader | | |
| Anställd som | | |
|  | | |
| Mottagande klinik/ort | | |
|  | | |
| Verksamhetschef | | Mobilnr |
|  | |  |
| Period för sidotjänstgöring | Sysselsättningsgrad | |
|  |  | |
| Ordinarie lön betalas ut från Region Kronoberg. | | |
| Regionplacering längre än 3 månader  Vid tjänstgöring inom Södra sjukvårdsregionen gäller även avtal från 2008-10-29 och Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning. | | |
| Anställd som | | |
|  | | |
| Mottagande klinik/ort | | |
|  | | |
| Verksamhetschef | | Mobilnr |
|  | |  |
| Period för sidotjänstgöring | Sysselsättningsgrad | |
|  |  | |
| Lönehandläggare, fakturaadress och mottagande enhet | | |
|  | | |
| Underskrifter | | |
| Ort och datum | | |
|  | | |
| Namnteckning, Verksamhetschef Region Kronoberg | Namnförtydligande | |
|  |  | |
| Ort och datum | | |
|  | | |
| Namnteckning, ST-läkare | Namnförtydligande | |
|  |  | |
| Ort och datum | | |
|  | | |
| Namnteckning, Verksamhetschef mottagande enhet | Namnförtydligande | |
|  |  | |
|  | | |