Refusion ved fagligt ombud under farmaceuternes fravær

Apoteksnavn: _____

Apoteksnummer: _____

Farmaceut □ Apoteksmedhjælper □

CPR. nr.:_____

Navn: _____

Mødedato: _____

Mødebetegnelse: _____

Apoteket har afholdt udgifter til følgende personer:

CPR. nr.	St. kd.	Navn	Løn-klasse	Afgifts-timer	Vikar timer	Ekstra timer	Overarb. timer 50%	Overarb. timer 100%

Attestation Pharmadanmark

_____ _____
Dato Stempel og underskrift

Attestation apoteket

_____ _____
Dato Stempel og underskrift

Skemaet indsendes til lønadministrationen sammen med lønopgørelsen. Beløbet vil blive refunderet apoteket via lønningslistens afregningsdel i feltet "Faglig ombud".

Udfyldes af lønadministrationen

Afregnet: Måned _____ År _____

med _____afgiftstimer á kr. _____ = kr. _____

med _____vikartimer á kr. _____ = kr. _____

med _____ekstratimer á kr. _____ = kr. _____

med _____overarb.timer á kr. _____ = kr. _____

incl. 12,5% ferierefusion **I alt** **= kr. _____**