



FARMAKONOMFORENINGEN

Refusion ved fagligt ombud under farmakonomers fravær

Apoteksnavn: _____ Apoteksnr: _____

Stilling: _____ CPR-nummer: _____ Navn: _____
Farmakonom
Elev

Mødedato: _____

Mødebetegnelse _____

Apoteket har afholdt udgifter til følgende personer:

CPR-nummer	St. kd	Navn	Løn klasse	Afgifts timer	Vikar timer	Antal overarbejdstimer	
						50 %	100 %

Attestation

Farmakonometriforeningen:

Apoteket:

Dato Stempel og underskrift

Dato Stempel og underskrift

Farmakonometriforeningen sender skemaet til Lønadministrationen

Beløbet bliver refunderet apoteket via lønningslistens afregningsdel i feltet "Fagligt ombud".

Udfyldes af Lønadministrationen

Afregnet: Måned _____ År _____

med _____ afgiftstimer á kr. _____ = kr: _____

med _____ vikartimer á kr. _____ = kr: _____

med _____ overarbejdstimer á kr. _____ = kr: _____

inkl. ferierefusion

I alt kr: _____

Sendes pr. Fax 3314 0666 eller mail:ff@farmakonom.dk