

| | | |
|------------------------------------|---|------------------|
| 1. ARBETSAVTALS- PARTER | Arbetsgivare | |
| | Arbetstagare | Personbeteckning |
| | Yrkesbenämning | |
| | Ovan nämnda arbetstagare förbinder sig att mot ersättning utföra arbete för ovan nämnda arbetsgivare under dennas ledning och uppsikt på följande villkor: | |
| 2. ARBETSAVTALETS GILTIGHETSTID | Anställningens begynnelse dag ____ / ____ 20 ____ Arbetsavtalet är i kraft <input type="checkbox"/> tills vidare <input type="checkbox"/> bestämd tid a) till ____ / ____ 20 ____ . Orsaken till tidsbundenheten: _____ _____ b) tills följande arbetsuppgift, vikariat eller annat slutförts: _____ _____ | |
| 3. PRÖVOTID | Fr.o.m. anställningens begynnelse dag iaktas en prøvotid om _____ månader. | |
| 4. ARBETSPLATS OCH ARBETSTID | Arbetsplats: _____ Arbetstid: <input type="checkbox"/> 115 tim / 3 v. <input type="checkbox"/> 120 tim / 3 v. <input type="checkbox"/> Annan: _____ | |
| 5. ÖVERTIDS OCH MERTIDSARBETE | Arbetstagaren kan anvisas övertids-, mertids- och söndagsarbete i enlighet med lagens och kollektivavtalets bestämmelser. | |
| 6. ARBETSUPPGIFT | Arbetstagarens arbetsuppgifter är: <input type="checkbox"/> Farmaceutiska uppgifter <input type="checkbox"/> Apoteksanställdas uppgifter <input type="checkbox"/> Andra uppgifter enligt avtal, vilka: _____ _____ Arbetstagaren är skyldig att utföra även annat arbete som arbetsgivaren inom ramen för sina rättigheter att leda arbetet anvisar honom. | |
| 7. LÖN | När anställningen börjar beaktas tjänstetid och lönegrupp: _____ år _____ månader _____ lönegrupp Arbetstagarens lön fastställs vid anställningens början enligt följande: Lön _____ € <input type="checkbox"/> /mån. <input type="checkbox"/> /tim. | |
| 8. GÄLLANDE KOLLEKTIVAVTAL | Parterna förbinder sig att i anställningsförhållandet ömsesidigt i löne- och övriga arbetsavtalsfrågor följa gällande lagar, vederbörligen givna interna direktiv och regler till den del parterna inte i detta avtal kommit överens om bättre villkor för arbetstagaren. | |
| 9. ÖVRIGA VILLKOR | När arbetsförhållandet hävs betalas slutlikviden senast inom två veckor sedan arbetsförhållandet upphört. _____ _____ _____ | |
| 10. DATERING OCH UNDERSKRIFT | Detta avtal har uppgjorts i två likalydande exemplar, ett för vardera parten. Ort _____ Tid _____ _____ Arbetsgivarens underskrift _____ Arbetstagarens underskrift _____ _____ Namnförtydligande _____ Namnförtydligande _____ | |