

1 Arbetsgivare

Firma		
Adress		Organisationsnummer
Postnummer	Ort	Telefonnummer

2 Arbetstagare

Namn		
Adress		Personnummer
Postnummer	Ort	Telefonnummer

3 Uppgifter om anställning

Befattning		Arbetsplats
Arbetsuppgifter		
Tillträdesdag	Antal timmar/vecka	Antal semesterdagar/år
Lön	Dag för utbetalning av lön	
Övriga förmåner		
Anställningen omfattas av kollektivavtal _____		

4 Anställningsform

Tillsvidareanställning	Provanställning t o m _____
Intermittent anställning ("behovsanställning")	Tidsbegränsad anställning - Avtalat slutdatum _____
_____	_____

5 Arbetstid

Heltid, ange timmar per vecka _____
Deltid, ange timmar per vecka _____
Varierande arbetstid (exempelvis intermittent anställning, "behovsanställning" eller liknande)

6 Övertidsersättning

Enligt vid tidpunkten gällande kollektivavtal.

Enligt särskild överenskommelse med stöd av kollektivavtalet.

Enligt särskild överenskommelse som innebär:

7 Övriga villkor

Arbetsgivarens underskrift

Datum och ort

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

Arbetstagarens underskrift

Datum och ort

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande