

## FRÅNVARO - VIKARIE

### ANMÄLAN OM FRÅNVARO

Pers.nr: \_\_\_\_\_

Kundnr: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Kundnamn: \_\_\_\_\_

Frånvaro på grund av:

Datum

 Sjukdom \_\_\_\_\_ Semester \_\_\_\_\_ Tjänstledigt \_\_\_\_\_ Komp.ledighet \_\_\_\_\_ Annat \_\_\_\_\_

### ANMÄLAN OM VIKARIE

Pers.nr: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum

Vikarie under tiden: \_\_\_\_\_

<b>Ersättning:</b> <input type="checkbox"/> Månadslön: _____ kr per månad <input type="checkbox"/> Timlön: _____ kr per timme	<b>Semesterersättning:</b> <input type="checkbox"/> Exklusiv lönsättning																
<b>Arbetstid:</b> Heltid: _____ timmar per vecka    Deltid: _____ timmar per vecka    Sys.grad _____ % Arbetstid/dag <table border="1"><tr><td></td><td>må</td><td>ti</td><td>on</td><td>to</td><td>fr</td><td>lö</td><td>sö</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			må	ti	on	to	fr	lö	sö								
	må	ti	on	to	fr	lö	sö										

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Attest av firmatecknare enligt aktuellt reg.bevis \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**Skickas till: RB Fastighetsägare AB, Löneavdelningen, Box 307, 751 05 Uppsala**