**HAKEMUS SOPIA PAIKALLISESTI LIITTEEN I SUORITEPALKKIOJÄRJESTELMÄSTÄ**

**Työnantajan tiedot ja yhteyshenkilö:**

|  |  |
| --- | --- |
| Työnantaja: |  |
| Yhteyshenkilön nimi: |  |
| Yhteyshenkilön tehtävänimike: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |

**Haemme lupaa**

|  |
| --- |
|[ ]  sopia paikallisesti, että emme sovella suoritepalkkiojärjestelmää Lääkärisopimuksen määräysten mukaisesti. Kuvaa alla, miten sopisitte suoritepalkkiojärjestelmästä toisin \*). |
|[ ]  ottaa Lääkärisopimuksen liitteen 1 suoritepalkkiojärjestelmä käyttöön myöhemmin. |
|  | Mistä ajankohdasta lukien? |  |

\*) Kuvaus:

|  |
| --- |
|  |

Perustelut:

|  |
| --- |
|  |

**Luottamusmiehen puolto ja yhteystiedot:**

|  |
| --- |
|[ ]  Luottamusmies puoltaa. |
|[ ]  Luottamusmies ei puolla. |

Perustelut (erityisesti, ellei puolla):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luottamusmiehen nimi: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |

**Allekirjoitukset**

|  |  |
| --- | --- |
| Paikka: | Aika: |
|  |  |
| Työnantajan edustajan allekirjoitus: |  |
|  |
| **Täytetään, mikäli eri kuin yhteyshenkilö** |
| Työnantajan edustajan nimi: |  |
| Työnantajan edustajan tehtävänimike: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |