



ANSTÄLLNINGSVILLKOR avseende överlåtelse av anspråk på arvode och kostnadsersättning

Namn:

Personnummer:

Anställd från och med:

Undertecknad överlåter härmed till funktionsstödsförvaltningen, Malmö stad samtliga mig tillkommande anspråk på arvode och kostnadsersättningar som kommer att beslutas inom ramen för de uppdrag som god man och förvaltare jag innehar och kommer att inneha under min anställning som ställföreträdare vid förvaltarenheten.

Arbetstagaren förbinder sig enligt ovan:

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Datum

.....
Underskrift chef

.....
Namnförtydligande



Malmö stad
Funktionsstödsförvaltningen

Bilaga 3

.....
Datum