HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Mottatt lønns- og regnskapsseksjonen:

Beregning av lønnsansiennitet

Utfylt skjema vedlagt dokumentasjon sendes til Lønns- og regnskapsseksjon

Navn: **Avdeling/koststed:**
Fødselsdato: **Nærmeste leder:**
***E-post:** **Tiltrådt dato:**

Fylles ut av ansatt :

Arbeidspraksis etter fylte 18 år (Ett arbeidsforhold pr. periode)	**Tidsrom:** (Før opp i kronologisk rekkefølge) **dd.mm.åå - dd.mm.åå**	**År**	**Måneder**
Militærtjeneste:			
Omsorgsarbeid:			
Arbeidspraksis totalt:			

Dato: _____ **Underskrift:** _____

Fylles ut av lønns- og regnskapsseksjonen:

	År	**Måneder**		
Ansettelses periode:			Lønnsans. er fastsatt til:	
Godskrevet praksis:			Årslønn kr:	
Lønnsansiennitet:			**Gjeldende fra:**	

Dato: _____ **Underskrift:** _____