

## Skriftlig överenskommelse om sidotjänstgöring för ST-läkare

### Uppgifter om ST-läkare

Namn:	Personnummer:	
Adress:	E-post:	Telefonnummer:
Specialitet:	Nuvarande lön, hemortsregion:	Tjänstgöringsgrad i anställningen: %

### Uppgifter från hemortsregion

Verksamhetschef, namn:	Klinik/verksamhet vid hemortsregion:	
E-post:	Mobil:	
Administratör, namn, titel:	E-post:	Telefon:

### Uppgifter från mottagande region

Verksamhetschef, namn:	Klinik/verksamhet vid mottagande region:	
E-post:	Mobil:	
Administratör, namn, titel:	E-post:	Telefon:
FoU-stab, namn, titel: Gun Eriksson	E-post: gun.eriksson@regionvasterbotten.se	Telefon: 090-785 96 32
Fakturaadress: Region Västerbotten, ecit2321000222, Box 7018, 831 07 Östersund	Faktura referenskod: guer03	

### Överenskommelse mellan hemortsregion och mottagande klinik/verksamhet:

Tidsperiod för sidoutbildningen: Månad 1-3 Datum from-tom: Månad 4-6 Datum from-tom: Mån 7 och uppåt Datum from-tom:	Planerade ledigheter som är kända vid tidpunkt för överenskommelsen:
Tjänstgöringsgrad under sidotjänstgöringen: %	
Hemortsregionen betalar lön för perioden och fakturerar sidotjänstgöringsklinikern. ST-läkaren är sidotjänstgöringsledig med lön vid hemortsregionen ST-läkaren rapporterar eventuell frånvaro till hemortsregionen och mottagande region	
Överenskommelse om sidotjänstgöringens mål och innehåll har träffats i separat bilaga: Ja Nej – Kommentar:	

#### Region

(Hemortsregion)  
Ort och datum:

#### Region Västerbotten

(Mottagande region)  
Ort och datum:

.....  
Namnförtydligande:  
Titulatur:

.....  
Namnförtydligande:  
Titulatur:

*Verksamhetschef vid mottagande klinik vidarebefordrar kopia av signerad överenskommelse till FoU-stab.*