

Överenskommelse randning ST-läkare

Namn _____

Personnr _____

Hemenhet _____

Ansvarsnr _____

Mottagande enhet

Enhet _____

Ansvarsnr _____

Tidsperiod

Från _____

Till _____

Heromarapportör

Namn _____

Heroma sköts av heromarapportör på mottagande enhet

Läkaren ska efter tjänstgöringens slut erhållas ett intyg där det framgår att tjänstgöringen fullgjorts som läkare under specialutbildning. Intyget ska vara underskrivet av ansvarig verksamhetschef på mottagande enhet.

Tjänstgöringens upplägg specificeras separat.

Tjänstgöringsgrad under randning Heltid Deltid _____ %

Lön _____ kr

Finansiering

Mån 1-3 hemmaenheten betalar 100%, mån 4-6 50/50 mellan hemmaenheten och mottagande enhet, >6 mån mottagande enhet 100%

Annan överenskommelse om finansiering

Jour Ja Nej

Övrigt _____

Underskrift

Verksamhetschef/läkarchef hemenhet

Datum

Verksamhetschef/läkarchef mottagande enhet

Datum

Ifylld blankett sparas internt under pågående randning och kasseras efter randningsperiod.