Underlag för särskild ersättning ST-läkare

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Avser (mån/år): _____

Kontaktperson vårdcentralen: _____

Utbetalningsuppgifter

Ansvar: _____ **PG:** _____ **BG:** _____

Utbetalnings Medelande: _____

Namn på ST

Anställd vid vårdcentral:	Personnummer:	Förnamn	Efternamn	Tjänste-görings-grad %	Frånvaro % (FP, sjukledig, tj ledig)	Tjänstgöring primärvård %	Sidotjänst-göring %	Förlängd ST primärvård %	Förlängd ST Sidotjänst-göring %	Startdatum ST VGR (år-mån-dag)	Startdatum förlängd ST (år-mån-dag)	Beräknad slutdatum ST (år-mån-dag)	Kommentar (fyll i om avvikelse)