** INDSTILLING OM LOKAL LØNDANNELSE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:**  | **Medarb. nr./fødselsdag:** |
| **Stilling:** | **Beskæftigelsesbrøk:** |
| **Arbejdsplads:** | **Overenskomst:**  |

**FAGGRUPPER under SL overenskomster**

Kvalifikationsløn Funktionsløn (husk stillingsbeskrivelse) EngangsbeløbAngiv ønskede månedlige beløb før skat

Forslag til beløb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr. Forslag til antal løntrin:\_\_\_\_\_\_\_\_

**Begrundelse:** (Der skal anføres udførlig begrundelse, anvend evt. bagsiden. Husk at din indstilling skal indgå i den drøftelse, I skal have i personalegruppen, hvor I fastlægger jeres fælles lønkrav)

INDSTILLINGEN AFLEVERES TIL TILLIDSREPRÆSENTANTEN

Dato og navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(OBS: angiv venligst dato og navn også ved elektronisk udfyldelse)