



# ARBEJDSGIVERBETALING

## Arbejdsgiver

Navn

Adresse

Postnummer og by

Telefon

CVR

Kontaktperson

## Medarbejder

Inst. nr. - udfyldes af Sydfyns Intranet

Navn

Adresse

Postnummer og by

Telefon - privat

Mobil

E-mail

Faktura sendes til ovenstående adresse medmindre andet anføres her:

Navn

Adresse

Postnummer og by

## Arbejdsgiverbetaling

internet

telefonisamtaler - fastnet

telefonisamtaler - mobil

Sæt X




Anfør de telefonnumre, der betales for

**1**

**2**

**3**

**1**

**2**

**3**

Gældende fra dato: \_\_\_\_\_

Bemærkninger:

## Bekræftelse

*Jeg bekræfter, at vores firma betaler ovenstående for vores medarbejder.*

Navn på beslutningstager

Underskrift - beslutningstager

Dato

Underskrift - medarbejder

Ved underskrift på nærværende aftale erklærer undertegnede arbejdsgiver og arbejdstager, at vi hæfter solidarisk for betaling af de forpligtelser, der måtte udspringe af nærværende leveringsaftale uanset hvilken part, der har modtaget faktura herfor.