



# TILSLUTNING TIL ARBEIDSGIVERVIRKSOMHETEN I KS, OG OVERFØRING AV FULLMAKT

---

**Navn på kommune/fylkeskommune:**

**Organisasjonsnummer:**

**Postadresse:**

**Postnummer:**

**Sted:**

**Telefonnummer:**

**E-postadresse:**

## **Fullmakt**

Ved å underskrive denne erklæringen, gir kommunen/fylkeskommunen KS fullmakt til å inngå og si opp tariffavtaler, samt å gi eller motta kollektive arbeidsoppsigelser på kommunens/fylkeskommunens vegne. Gjennom medlemskapet i KS er kommunen/fylkeskommunen forpliktet til de enhver tid gjeldende tariffavtaler som KS er part i, som angår KS' medlemmer. Kommunen/fylkeskommunen er også forpliktet etter KS' til enhver tid gjeldende vedtekter.

Sted:

Dato:

Sted:

Dato:

.....  
Kommunedirektør

.....  
Ordfører / fylkesordfører