



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