

Kostenübernahme für Personalräte, Betriebsräte, MitarbeiterInnenvertretungen*

Name und Anschrift des _____
Arbeitgebers/ Dienststelle _____
(Kostenträger f. Schulungs- _____
kosten)

Bestätigung für ver.di

Hiermit bestätigen wir, dass der Personalrat, Betriebsrat, MitarbeiterInvertreter für
(zutreffendes bitte unterstreichen)

Frau/ Herrn _____

die Teilnahme an der Tagung für betriebliche Interessenvertretungen aus Krankenhäusern **„Offensive
Interessenvertretung im Krankenhausalltag“** am **15./16.11.2011** in Berlin gem. § 37 (6) BetrVG in Ver-
bindung mit § 40 BetrVG; § 46 (6) BpersVG bzw. LpersVG; § 19 Abs.3 MVG –EKD, § 96 Abs. 4/8 SGB IX*
beschlossen hat. Der Beschluss wurde am dem/ der Dienststellenleiter/in mitgeteilt.

Ort, Datum	Stempel/ Unterschrift	Personalvertretung
------------	-----------------------	--------------------

Hinweis: Wir bitten die Dienststelle, auf die zu übernehmenden Kosten hinzuweisen.

Bestätigung der Dienststelle

Gemäß des o.a. Beschlusses unseres PR, BR, MAV nimmt

Frau/ Herr _____

an dem o.a. Seminar teil. Die Kostenübernahme sowie die Freistellung von der Tätigkeit unter Fortzahlung
der Vergütung für diesen Zeitraum bestätigen wir hiermit.

Ort, Datum	Stempel/Unterschrift der Dienststelle
------------	---------------------------------------

Die Kosten des Seminars betragen 723,00 € (Seminariegebühr, Raummiete, 2 Übernachtungen, Verpflegung)
inkl. MwSt. Die Fahrtkosten sind zusätzlich durch den Arbeitgeber zu tragen.

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel
------------	----------------------

* Zutreffendes bitte unterstreichen