

Bitte Ausfüllen und mit Kopie Ihres Arbeitsvertrages an Ihren MB-Landesverband senden

Bei Veränderung der vertraglichen Wochenarbeitszeit in Folge einer Vertragsverlängerung bitte Kopie aller Verträge im Zeitraum ab März 2005 zusenden.

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Universität: _____ Klinik/Abteilung: _____

tätig seit: _____ vertragliche Arbeitszeit:

38,5	40	41	42
------	----	----	----

Beginn und Ende der werktäglichen regelmäßigen (dienstplanmäßigen) Arbeitszeit:
von

.

 Uhr bis

.

 Uhr

Vergütungsgruppe: BAT

la	lb	lla
----	----	-----

Mehrarbeit/Überstunden die noch nicht durch Freizeit ausgeglichen wurden:

März 2005	April 2005	Mai 2005	Juni 2005	Juli 2005
August 2005	September 2005	Oktober 2005	November 2005	Dezember 2005

Sind die Überstunden evtl. durch Unterschrift CA oder OA bestätigt?

Nein	Ja
------	----

Sonstige fortlaufend erfasste, angesammelte Überstunden, die dem Arbeitgeber bekannt sind:

Zeitraum	Stunden

Haben Sie bereits bei der Verwaltung schriftlich Ausgleich und/oder Bezahlung der Überstunden verlangt?

Nein	Ja
------	----

Teilweise
Anzahl/Zeitraum:

Besteht eine Dokumentation der Überstunden?

Nein	Ja
------	----

Gibt es eine „pauschalierte Bezahlung“ der Überstunden (z. B. feste monatliche Beträge für eine bestimmte Überstundenzahl)?

Nein	Ja
------	----

Umfang/Monat

Der MB Landesverband soll die o.g. Überstunden für mich gerichtlich geltend machen.

Ort, Datum, Unterschrift