



Kontaktmedlem

FÖRENAR!

JAG VILL BLI KONTAKTMEDLEM

Datum

.....

Namn

.....

Personnummer

.....

Adress

.....

Postnummer

.....

Postort

.....

Telefon

.....

E-post

.....

Fackavdelningens
namn eller nummer

.....

Arbetsgivare

.....

Arbetsplats

.....

Avtalsområde

Kommun (AKTA) Den privata socialservicebranchen

Den privata hälsoservicebranchena

Annat, vilket?

.....

Fackavdelningen fyller i:

Tidigare kontaktperson på arbetsplatsen (om hon eller han lämnar sitt uppdrag)

Namn

.....

Personnummer

.....

Fackavdelningen sänder den ifyllda blanketten till

Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Allmän administration, Banmästargatan 12, 00520 Helsingfors

Mer information: yleishallinto@superliitto.fi