



FINLANDS HÄLSÖVÄRDARFÖRBUND FHVVF rf

AVTAL FÖR UPPBÄRANDE AV FACKFÖRBUNDETS MEDLEMSAVGIFT

Personbeteckning	<input type="checkbox"/> nytt betalningssätt	<input type="checkbox"/> ny arbetsgivare
Efternamn och samtliga förnamn		

Näradress	Postnummer och -anstalt	Modersmål
		<input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> annat
Telefon	E-post	

VERKSAMHETSOMRÅDE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> barnrådgivning | <input type="checkbox"/> företagshälsövård | <input type="checkbox"/> avdelningsskötare |
| <input type="checkbox"/> mödrarådgivning | <input type="checkbox"/> hemvård | <input type="checkbox"/> lärare |
| <input type="checkbox"/> mödra- och barnrådgivning | <input type="checkbox"/> öppen mottagning | <input type="checkbox"/> audionom |
| <input type="checkbox"/> barnrådgivning och skolhälsövård | <input type="checkbox"/> sjuksköterska | <input type="checkbox"/> annan sektor inom hälsövärderna |
| <input type="checkbox"/> skol- och/eller studenthälsövård | <input type="checkbox"/> ledande skötare/överskötare | <input type="checkbox"/> annat arbete utanför hälsövärderna |

AVTALSOMRÅDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> välfärdsområde/avtal för social- och hälsövärdstjänster, välfärdssammanslutningen (t.ex. HUS) | <input type="checkbox"/> hälsöservicebranschens kollektivavtal |
| <input type="checkbox"/> kommunal sektor/avtal för social- och hälsövärdstjänster (Helsingfors stad) | <input type="checkbox"/> studenternas hälsövärdsstiftelse |
| <input type="checkbox"/> kommunal sektor/annat avtal | <input type="checkbox"/> privata socialservicebranschens kollektivavtal |
| <input type="checkbox"/> Företagsmedlem i KT | <input type="checkbox"/> annat |
| <input type="checkbox"/> staten | |

IFYLLS AV ARBETSGIVAREN

Arbetsgivarens namn		
Lönekontorets adress		
Telefon	Underskrift	Datum

Medlemsavgiften uppbärs av arbetsgivaren utifrån de grunder som skriftligen meddelas av fackföreningen. Denna fullmakt börjar gälla från och med nästa lönebetalningsperiod efter det datum då avtalet undertecknats av arbetsgivaren och gäller tills vidare.

OBS! Skicka denna blankett till ditt lönekontor för undertecknande.
Ditt lönekontor skickar den ifyllda blanketten till Hälsövärdarförbundet.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Postadress

Terveystoimijaliitto
Mikonkatu 8 A (10. krs)
000100 Helsinki

E-post

jasenasiat@terveydenhoitajaliitto.fi

terveydenhoitajaliitto.fi