



SUOMEN TERVEYSTENHOITAJALIITTO STHL RY

AMMATTIYHDISTYSJÄSENMAKSUN  
PERINTÄSOPIMUS

Henkilötunnus	<input type="checkbox"/> maksutavan muutos	<input type="checkbox"/> työnantajan vaihdos
---------------	--	--

Sukunimi ja etunimet

Postiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	Äidinkieli
		<input type="checkbox"/> suomi <input type="checkbox"/> ruotsi <input type="checkbox"/> muu

Puhelin	Sähköposti
---------	------------

TEHTÄVÄN TOIMIALA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> lastenneuvola                         | <input type="checkbox"/> työterveyshuolto           | <input type="checkbox"/> osastonhoitaja         |
| <input type="checkbox"/> äitiysneuvola                         | <input type="checkbox"/> kotihoito                  | <input type="checkbox"/> opettaja               |
| <input type="checkbox"/> äitiysneuvola ja lastenneuvola        | <input type="checkbox"/> avovastaanottotyö          | <input type="checkbox"/> audionomi              |
| <input type="checkbox"/> lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto | <input type="checkbox"/> sairaanhoitaja             | <input type="checkbox"/> muu terveydenhuoltoala |
| <input type="checkbox"/> koulu- ja/tai opiskeluterveydenhuolto | <input type="checkbox"/> johtava hoitaja/ylihoitaja | <input type="checkbox"/> muu työ, ei terveysala |

SOPIMUSALA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hyvinvointialue, hyvinvointiyhtymä (esim. HUS) | <input type="checkbox"/> terveyspalvelualan tes             |
| <input type="checkbox"/> kunta-ala/SOTE-sopimus (Helsingin kaupunki)    | <input type="checkbox"/> YTHS                               |
| <input type="checkbox"/> kunta-ala/muu                                  | <input type="checkbox"/> yksityisen sosiaalipalvelualan tes |
| <input type="checkbox"/> KT:n yritysjäsen                               | <input type="checkbox"/> muu                                |
| <input type="checkbox"/> valtio   |   |

TYÖNANTAJA TÄYTTÄÄ

Työnantajan nimi

Palkanlaskentapiste (tarkka osoite)

Puhelin	Allekirjoitus	Päiväys
---------	---------------	---------

Työnantaja perii jäsenmaksun ammattijärjestön erikseen kirjallisesti ilmoittaman perintäperusteen mukaisesti. Tämä valtuutus on voimassa työnantajan allekirjoituspäivää seuraavan palkanmaksukauden alusta lukien toistaiseksi.

**HUOM!** Toimita tämä lomake palkanlaskijallesi allekirjoitettavaksi. Palkanlaskija toimittaa täytetyn lomakkeen Terveystenhoitajaliittoon.

Päiväys	Allekirjoitus
---------	---------------

Postiosoite

Terveystenhoitajaliitto  
Mikonkatu 8 A (10. krs)  
000100 Helsinki

Sähköposti

jasenasiat@terveystenhoitajaliitto.fi

terveystenhoitajaliitto.fi