



FINLANDS HÄLSÖVÄRDARFÖRBUND FHVF rf

AVTAL FÖR UPPBÄRANDE AV FACKFÖRBUNDETS MEDLEMSAVGIFT

Personbeteckning	☐ nytt betalningssätt	☐ ny arbetsgivare
Efternamn och samtliga förnamn		

Näradress	Postnummer och -anstalt	Modersmål
		☐ finska ☐ svenska ☐ annat
Telefon	E-post	

VERKSAMHETSOMRÅDE

☐ barnrådgivning	☐ företagshälsövärd	☐ avdelningsskötare
☐ mödrarådgivning	☐ hemvärd	☐ lärare
☐ mödra- och barnrådgivning	☐ öppen mottagning	☐ audionom
☐ barnrådgivning och skolhälsövärd	☐ sjuksköterska	☐ annan sektor inom hälsövärderna
☐ skol- och/eller studenthälsövärd	☐ ledande skötare/överskötare	☐ annat arbete utanför hälsövärderna

AVTALSOMRÅDE

☐ välfärdsområde/avtal för social- och hälsövärdstjänster, välfärdssammanslutningen (t.ex. HUS)	☐ hälsöservicebranschens kollektivavtal
☐ kommunal sektor/avtal för social- och hälsövärdstjänster (Helsingfors stad)	☐ studenternas hälsövärdsstiftelse
☐ kommunal sektor/annat avtal	☐ privata socialservicebranschens kollektivavtal
☐ Företagsmedlem i KT	☐ annat
☐ 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.

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