

# JÄSENLOMAKE

Liityn: 1. varsinaiseksi jäseneksi  Laillistamispäivämäärä: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Olen tällä hetkellä liiton opiskelijajäsen   
 Olen jo opiskelijajäsenenä palkansaajatyöttömyyskassan jäsen   
 2. opiskelijajäseneksi  3. eläkeläisjäseneksi

Muutosilmoitus jäsenrekisteriin:   
 Potilasvahinkovakuutukseen liittyminen:

Ilmoitan liittyväni liiton ryhmäpotilasvahinkovakuutukseen  ja  
 olen toiminut / aloitan toiminnan itsenäisenä ammatinharjoittajana \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ alkaen.

## Palkansaajan työttömyyskassailmoitus (Erytyiskoulutettujen työttömyyskassa):

Liityn liiton kautta palkansaajatyöttömyyskassan jäseneksi: kyllä  en   
 Siirryn \_\_\_\_\_ työttömyyskassasta  
 \_\_\_\_\_ kassaan \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ alkaen.  
 Haluan ammatinharjoittajana säilyttää palkansaajatyöttömyyskassan jäsenyyden: kyllä  en

Sukunimi ja etunimet (myös entinen sukunimi):		Henkilötunnus		Äidinkieli:			
Täydellinen kotiosoite, puhelin		Haluan puheterapeutti.fi sähköpostin käyttöni <input type="checkbox"/> _____ . _____ @puheterapeutti.fi					
Liiton lähettämän sähköisen postin ja tiedotteet haluan sähköpostiosoitteeseeni:							
Työnantaja		Puhelin töihin					
Työpaikka ja toimipiste		Työpaikan täydellinen osoite, sähköposti					
Tehtävänimike		Työsuhteen alkamispäivä		Työaika / viikko			
<b>Työnantaja</b> <input type="checkbox"/> kunta/kuntayhtymä <input type="checkbox"/> valtio <input type="checkbox"/> yksityinen työnantaja <input type="checkbox"/> ammatinharjoittaja		<b>Palvelussuhde</b> <input type="checkbox"/> virka <input type="checkbox"/> toimi <input type="checkbox"/> työsuhde <input type="checkbox"/> sijaisuus ____ . ____ . 20 ____ asti <input type="checkbox"/> määräaikainen virka/toimi <input type="checkbox"/> päätoiminen ammatinharj. <input type="checkbox"/> päätoiminen ammatinharj., virkavapaalla <input type="checkbox"/> sivutoiminen ammatinharj. <input type="checkbox"/> päätoiminen opiskelija <input type="checkbox"/> opiskelija, työelämässä		<b>Toimiala</b> <input type="checkbox"/> terveydenhuolto/ terveystoimi <input type="checkbox"/> sosiaalihuolto/ sosiaalitoimi <input type="checkbox"/> sosiaali- ja terveydenhuolto/-toimi <input type="checkbox"/> opetustoimi <input type="checkbox"/> muu, mikä _____		<b>Toimipiste</b> <input type="checkbox"/> terveyskeskus/ terveyskeskussairaala <input type="checkbox"/> keskussairaala <input type="checkbox"/> yliopistosairaala <input type="checkbox"/> päivahoito <input type="checkbox"/> perheneuvola <input type="checkbox"/> vammaishuolto <input type="checkbox"/> erityiskoulu <input type="checkbox"/> yliopisto <input type="checkbox"/> yksityinen kuntoutuslaitos <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	
Palkkaus €/kk		Arvioitu liikevaihto €/kk					
Kaksoisjärjestäytyminen akavalaiseen/vastaavaan ulkomaiseen liittoon; <input type="checkbox"/> ____ . ____ . 20 ____ alkaen Liiton nimi:		Siirryn kaksoisjärjestäytyneeksi Suomen Puheterapeuttiliittoon ____ . ____ . 20 ____ alkaen					
<b>Opiskelupaikka</b> <input type="checkbox"/> Helsingin yo <input type="checkbox"/> Tampereen yo <input type="checkbox"/> Oulun yo <input type="checkbox"/> Turun yo <input type="checkbox"/> Åbo akademi		Opintojen alkamisvuosi		Arvioitu valmistumisvuosi Jäsenmaksuperintä <input type="checkbox"/> valtakirja <input type="checkbox"/> itse			
Liiton jäsenrekisterissä olevat nimi- ja osoitetietoni saa luovuttaa kohteisiin, jotka vastaavat liiton toiminnan tarkoitusta. Kysee- seen voivat tulla liiton kaupalliset yhteistyökumppanit kuten esimerkiksi vakuutusyhtiöt. (Henkilötietolaki 523/1999) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Nimeni ja koti- ja työyhteystietoni saa julkaista liiton kotisivujen jäsenivujen jäsenluettelossa, joka on tarkoitettu vain liiton jäsenten väliseen yhteydenpitoon. <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei					
Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys							