

MEDLEMSBLANKETT

Jag ansluter mig som: **1. ordinarie medlem** **Legitimeringsdatum:** ____ . ____ . ____
 Jag är för tillfället studerandemedlem
 Jag är redan studerandemedlem i egenskap av medlem i arbetslöshetskassan för lönetagare
2. studerandemedlem **3. pensionärsmedlem**

Jag önskar göra anmälan om förändrade uppgifter:

Anmälan om lönetagarens arbetslöshetskassa (Arbetslöshetskassan för specialutbildade):

Jag ansluter mig via förbundet som medlem till arbetslöshetskassan för lönetagare: ja nej
 Jag byter medlemskap från _____ arbetslöshetskassan till _____ kassan fr.o.m. ____ . ____ .20____.

Anslutning till patientskadeförsäkring:

Jag ansluter mig till förbundets gruppatientkadeförsäkring och jag har jobbat/planerar börja jobba som privat yrkesutövare fr.o.m. den ____ . ____ . 20 ____.
 Jag vill som privat yrkesutövare förbli medlem i arbetslöshetskassan för lönetagare (18 månader): ja nej

Efternamn och förnamn (inklusive tidigare efternamn):		Personsignum:		Modersmål:			
Fullständig hemadress, telefonnummer:							
Den av förbundet utsända elektroniska informationen önskar jag motta på e-post adressen:							
Arbetsgivare:			Telefonnummer till arbetet:				
Enhet:			Arbetsplatsens fullständiga adress samt e-post:				
Titel:		Arbetsförhållandets startdatum:		Arbetstid / vecka:			
Arbetsgivare <input type="checkbox"/> kommun/ kommun-sammanslagning <input type="checkbox"/> staten <input type="checkbox"/> privat arbetsgivare <input type="checkbox"/> yrkesutövare Lön €/mån:		Arbetsförhållande <input type="checkbox"/> tjänst <input type="checkbox"/> befattning <input type="checkbox"/> arbetsförhållande <input type="checkbox"/> vikariat t.o.m. ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> tidsbunden tjänst/befattning t.o.m. ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> yrkesutövare, heltid <input type="checkbox"/> huvudsaklig yrkesutövare, tjänstledig <input type="checkbox"/> yrkesutövare, bisyssla <input type="checkbox"/> studerande, heltid <input type="checkbox"/> studerande i arbetslivet		Verksamhetsområde <input type="checkbox"/> hälsovård <input type="checkbox"/> socialvård <input type="checkbox"/> social- och hälsovård <input type="checkbox"/> undervisning <input type="checkbox"/> annan, vilken? _____		Organisation / enhet <input type="checkbox"/> hvc/ hälsovårdscentralsjukhus <input type="checkbox"/> centralsjukhus <input type="checkbox"/> universitetssjukhus <input type="checkbox"/> dagvård <input type="checkbox"/> familjerådgivning <input type="checkbox"/> handikappvård <input type="checkbox"/> specialskola <input type="checkbox"/> universitet <input type="checkbox"/> privat (re)habiliteringsrenhet <input type="checkbox"/> annan, vilken? _____	
Jag är också ansluten till ett annat förbund som står under Akava/ motsvarande fack i utlandet; <input type="checkbox"/> vilket förbund? _____ fr.o.m. ____ . ____ . 20 ____			Jag ansöker om dubbelt medlemskap i talterapeutförbundet fr.o.m. ____ . ____ . 20 ____				
Studieplats <input type="checkbox"/> Helsingfors universitet <input type="checkbox"/> Tammerfors univ. <input type="checkbox"/> Uleåborgs univ. <input type="checkbox"/> Åbo universitet <input type="checkbox"/> Åbo Akademi		Studiernas startdatum:		Studiernas avslutningsdatum:			
				Medlemsavgiften betalas <input type="checkbox"/> med <input type="checkbox"/> av mig fullmakt			
<i>De namn- och adressuppgifter som finns i förbundets medlemsregister får delges instanser som har att göra med syftet för förbundets funktion. Detta kan gälla förbundets kommersiella samarbetspartners som t.ex. försäkringsbolag. (Lagen om personuppgifter 523/1999)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<i>Mitt namn samt mina arbete kontaktuppgifter får publiceras i medlemsregistret på förbundets hemsidas medlemssidor. Registret är ämnat endast för kontakt förbundets medlemmar emellan.</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Datum, underskrift och namnförtydligande:							