

JÄSENLOMAKE

Liityn: **1. varsinaiseksi jäseneksi** **Laillistamispäivämäärä:** ____ . ____ . ____
 Olen tällä hetkellä liiton opiskelijajäsen
 Olen jo opiskelijajäsenenä palkansaajatyöttömyyskassan jäsen
2. opiskelijajäseneksi **3. eläkeläisjäseneksi**
 Muutosilmoitus jäsenrekisteriin:

Palkansaajan työttömyyskassailmoitus (Eryityskoulutettujen työttömyyskassa):

Liityn liiton kautta Eryityskoulutettujen työttömyyskassan jäseneksi: kyllä en
 Siirryn _____ työttömyyskassasta
 _____ kassaan ____ . ____ . 20 ____ alkaen.

Ammatinharjoittajan potilasvakuutukseen liittyminen:

Ilmoitan liittyväni liiton ryhmäpotilasvakuutukseen ja
 olen toiminut / aloitan toiminnan itsenäisenä ammatinharjoittajana ____ . ____ . 20 ____ alkaen.
 Haluan ammatinharjoittajana säilyttää palkansaajatyöttömyyskassan jäsenyyden (18 kk): kyllä en

Sukunimi ja etunimet (myös entinen sukunimi):		Henkilötunnus		Äidinkieli:			
Täydellinen kotiosoite, puhelin							
Liiton lähettämän sähköisen postin ja tiedotteet haluan sähköpostiosoitteeseeni:							
Työnantaja			Puhelin töihin				
Työpaikka ja toimipiste			Työpaikan täydellinen osoite, sähköposti				
Tehtävänimike		Työsuhteen alkamispäivä		Työaika / viikko			
Työnantaja <input type="checkbox"/> kunta/kuntayhtymä <input type="checkbox"/> valtio <input type="checkbox"/> yksityinen työnantaja <input type="checkbox"/> ammatinharjoittaja Palkkaus €/kk		Palvelussuhde <input type="checkbox"/> virka <input type="checkbox"/> toimi <input type="checkbox"/> työsuhde <input type="checkbox"/> sijaisuus ____ . ____ . 20 ____ asti <input type="checkbox"/> määräaikainen virka/toimi ____ . ____ . 20 ____ asti <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		Toimiala <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 _____		Toimipiste <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 _____	
Kaksoisjärjestäytyminen akavalaiseen/vastaavaan ulkomaiseen liittoon; <input type="checkbox"/> ____ . ____ . 20 ____ alkaen Liiton nimi: _____			Siirryn kaksoisjärjestäytyneeksi Suomen Puheterapeuttiliittoon ____ . ____ . 20 ____ alkaen				
Opiskelupaikka <input type="checkbox"/> Helsingin yo <input type="checkbox"/> Itä-Suomen 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 tarkoituksia. Kyseen voivat tulla liiton kaupalliset yhteistyökumppanit, kuten esimerkiksi vakuutusyhtiöt. (Henkilötietolaki 523/1999)			Nimeni ja työyhteystietoni saa julkaista liiton kotisivujen jäsensivujen jäsenluettelossa, joka on tarkoitettu vain liiton jäsenten väliseen yhteydenpitoon.				
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei				
Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys							