



Luottamushenkilö Varaluottamushenkilö

Luottamushenkilö- tai varaluottamushenkilöilmoitus

Ilmoitus Apteekkien Työnantajaliiton ja Suomen Farmasialiiton välillä allekirjoitetun apteekkien farmaseuttista henkilöstöä koskevan työehtosopimuksen ja luottamushenkilösopimuksen tarkoittaman luottamushenkilön valinnasta. Luottamushenkilön toimikausi on 4 vuotta.

Alkuperäinen ilmoitus lähetetään Farmasialiiton toimistoon ja kopiot siitä työnantajalle ja luottamushenkilölle itselleen.

Työnantaja:

Työpaikan virallinen nimi: _____

Postiosoite: _____

Puhelinnumero: _____

Luottamus- tai varaluottamushenkilön tiedot:

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

Postiosoite: _____

Puhelin: _____ Sähköposti: _____

Vaalin suorituspäivä: _____

Luottamushenkilötoimen alkamispäivä: _____

(Mikäli eroaa vaalipäivästä)

Ääntenlaskijoiden nimet: _____

(tai maininta sopuvaalista)

Ilmoitan täten suostuvani hoitamaan luottamus- tai varaluottamushenkilön tehtäviä

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Edellisen luottamus-tai varaluottamushenkilön tiedot:

Ilmoitan täten luopuvani luottamus- tai varaluottamushenkilön toimesta

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Voit postittaa lomakkeen kuoressa ilman postimerkkiä osoitteella:

Suomen Farmasialiitto ry, Jäsenrekisteri

VASTAUSLÄHETYS

Tunnus 5000563

00003 HELSINKI

Voit myös lähettää lomakkeensähköpostin liitteenä osoitteeseen:

tes.neuvonta@farmasialiitto.fi