



## Ilmoitus apteekin yhdysenkilöstä

Farmasialiittoon kuuluvat työntekijät voivat valita keskuudestaan yhdysenkilön, mikäli apteekissa ei ole luottamushenkilöä. Yhdysenkilön valinnasta ja lopettamisesta on ilmoitettava kirjallisesti Farmasialiittoon ja työnantajalle.

### Työnantaja:

Työpaikan virallinen nimi: \_\_\_\_\_

Postiosoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

### Yhdysenkilön tiedot:

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Postiosoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_ Sähköposti: \_\_\_\_\_

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

### Yhdysenkilön toimesta luopuminen:

Ilmoitan täten luopuvani yhdysenkilön 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 lomakkeen skannattuna sähköpostin liitteenä osoitteeseen:

**tes.neuvonta@farmasialiitto.fi**