



Kaksoisjäsenyyshakemus

Ensisijainen ammattiliitto:

Liiton virallinen nimi

Liittoon liittymispäivä

Liitä mukaan todistus jäsenyydestä ensisijaiseen liittoon.

Haen kaksoisjäsenyyttä _____ alkaen.
(pvm)

Kaksoisjäsenyyden alkamispäiväksi tulee aikaisintaan ilmoituksen saapumispäivä. Takautuvasti ei pysty muuttamaan jäsenyyttään.

Eroan Ote työttömyykassasta samasta ajankohdasta lukien. Työttömyyskassaan tulee kuulua suoraan tai ensisijaisen liiton kautta.

Nimi _____ Syntymäaika _____

Osoite _____

Puhelin _____ Sähköposti _____

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Voit postittaa lomakkeen liitteineen kuoressa ilman postimerkkiä osoitteella:

Suomen Farmasialiitto ry

Jäsenrekisteri

VASTAUSLÄHETYS

Tunnus 5000563

00003 HELSINKI