

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Sähköposti	Äidinkieli ☐ Suomi ☐ Ruotsi

Puhelin

Työskentelysektori (Apteekki / Kunta / Valtio- Kela- ja yliopisto / Lääketeollisuus ja -tukku)

Työpaikka

Osoite

☐ Toimihenkilö ☐ Ylempi toimihenkilö

Omistatko itse tai omistaako perheesi (vanhemmat, avio/avopuoliso, lapset) kokonaan tai osittain yrityksen, jossa työskentelet.

☐ Kyllä ☐ Ei

Koulutus

☐ farmaseutti ☐ proviisori

Jäsenlaji

- ☐ Varsinainen jäsen
☐ Kaksoisjärjestäytynyt (liitä mukaan todistus jäsenyydestä ensisijaiseen Akavalaiseen liittoon)
☐ Sivujäsen Ammattiliitto Pro (liitä mukaan todistus jäsenyydestä)
☐ Eläkeläisjäsen (vanhuuseläke)

Työttömyyskassa Ote (täytä vain mikäli liittyt varsinaiseksi jäseneksi)

- ☐ Liityn Otteeseen Farmasialiiton kautta (vaatii voimassa olevan työsuhteen)
☐ Olen muun kassan jäsen ja haluan siirtyä Otteen jäseneksi Farmasialiiton kautta (vaatii voimassa olevan työsuhteen). Saatuaasi vahvistuksen jäsenyyden hyväksymisestä, toimita eroilmoitus edelliseen kassaan.
☐ Olen jo Otteen jäsen ja siirrän jäsenyyteni Farmasialiiton jäsenyyden yhteyteen
☐ Olen jo Otteen jäsen enkä siirrä jäsenyyttäni Farmasialiiton yhteyteen.
☐ En halua liittyä Ote-kassaan

☐ Yhteystietojani saa käyttää alaani liittyvässä markkinoinnissa.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Allekirjoittamalla lomakkeen olen lukenut ja hyväksynyt voimassaolevan tietosuojaselosteen, joka on luettavissa: <https://www.farmasialiitto.fi/media/saannot/tietosuojaseloste-jasenille.pdf>.

Voit postittaa lomakkeen liitteineen kuoressa ilman postimerkkiä osoitteella:

Suomen Farmasialiitto ry

Jäsenrekisteri

VASTAUSLÄHETYS

Tunnus 5000563

00003 HELSINKI