FINLANDS LIVSMEDELSARBETAREFÖRBUND

Datum

Finlands Livsmedelsarbetareförbund SEL
tfn 09 4246 1200
www.selry.fi

Anmälan om val av avdelningens förtroendeman

Arbetsplatsens namn: _____ Valdatum: _____

Avtalsbransch: _____ Verksamhetsperiod (år): _____

Antalet arbetstagare: _____ Arbetsgivarens underskrift: _____

Fackavdelning: _____ Namnförtydligande: _____

Avdelningens förtroendeman

Namn: _____ Datum: _____

Posten skickas till adressen: _____

E-post till arbete: _____ Tfn till arbete: _____

E-post hem: _____ Telefon hem/mobil: _____

Avdelning där förtroendemannen verkar: _____

Uppdraget sköttes tidigare av: _____

Avdelningens förtroendemannens underskrift*: _____

Avdelningens förtroendeman

Namn: _____ Datum: _____

Posten skickas till adressen: _____

E-post till arbete: _____ Tfn till arbete: _____

E-post hem: _____ Telefon hem/mobil: _____

Avdelning där förtroendemannen verkar: _____

Uppdraget sköttes tidigare av: _____

Avdelningens förtroendemannens underskrift*: _____

*Genom min underskrift förbinder jag mig att mottaga Finlands Livsmedelsarbetares förbunds samt arbetslöshetskassans medlemsansökningar.

Fyll i och skriv ut blanketten och ge den till arbetsgivaren för underskrift. Orginalet blir hos arbetsgivaren, en kopia åt huvudförtroendemannen och en annan kopia skickas till distriktskontorets byråsekreterare per post eller som bilaga via e-post. Distriktskontorets kontaktuppgifter: www.selry.fi/yhteystiedot

Skriv ut blanketten

Tömm blanketten