

Box 12668 • 112 93 Stockholm • Telefon 08-617 02 60

VAR GOD TEXTA! Ansökan skall vara fullständig ifyllt.

Efternamn och förnamn		Födelseår -mån -dag -nummer	
Bostadsadress	Postnummer	Postadress	Telefon
Yrke		Bransch	
Säljer du till? <input type="checkbox"/> Grossist/Detaljist <input type="checkbox"/> Andra företagsformer <input type="checkbox"/> Konsument			
Ange arbetstidens omfattning i genomsnitt <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid tim. per vecka			
Tillhör du någon arbetslöshetskassa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Aviseringsuppgifter: <input type="checkbox"/> plusgiro per månad <input type="checkbox"/> autogiro per månad fyll i medgivande för autogiro	
Ange vilken..... Avgift betald t o m mån och år			
Medlemsintyg bifogas och jag ansöker om övergång enligt gällande bestämmelser.			

Adressuppgifter till: <input type="checkbox"/> Arbetsgivare OBS! ARBETSINTYG SKALL MEDSÄNDAS <input type="checkbox"/> Eget företag	
Namn	
Adress	
Postnummer/Postadress	Telefon

.....
.....
.....
.....

Besök vår hemsida www.saljarnas-akassa.se för information om arbetslöshetsförsäkringen

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Kassans noteringar

Ankomstdatum	Beslut
--------------	--------

Blankett för nya medlemmar i Säljarnas Arbetslöshetskassa

För att inträde ska kunna beviljas måste du styrka att du arbetar eller har arbetat inom kassans verksamhetsområde.

Detta kan styrkas med att din arbetsgivare fyller i nedanstående blankett eller att du sänder oss kopia av anställningsavtal eller något annat som styrker att du arbetar eller har arbetat inom verksamhetsområdet.

Arbetsintyg

Arbetsstagarens namn: _____

Personnummer: _____

Anställd fr o m: _____

Befattning: _____

Arbetsgivarens namn och adress

Arbetsgivarens underskrift

_____ Datum

_____ Underskrift

_____ Namnförtydligande