

HÄLSOVÅRDENS ARBETSLÖSHETSKASSA

MEDLEMSANSÖKAN

Jag vill ansluta mig till Hälsovårdens arbetslöshetskassa från och med
(dd.mm.åå) _____.

Min utbildning _____

Jag är i lönearbete.

Arbetsgivarens namn _____

Min tidigare arbetslöshetskassa _____

Jag ger Hälsovårdens arbetslöshetskassa fullmakt att meddela min tidigare
arbetslöshetskassa om mitt utträde.

Tilläggsuppgifter

Namn _____

Personbeteckning _____

Adress _____

Telefon _____

E-postadress _____

Tid, plats och underskrift

Allmänt

**Med denna blankett ansöker man endast om medlemskap i Hälsovårdens arbetslöshetskassa.
Med denna blankett kan man inte ansluta sig till Tehy rf eller till något annat förbund.**

Medlemskap i arbetslöshetskassan börjar tidigast från den dag då medlemsansökan kommer fram till arbetslöshetskassan. Endast löntagare kan godkännas som medlem, om du har företagsverksamhet som huvudsyssla kan du inte ansluta dig till kassan. Kassan skickar en skriftlig anmälan när medlemsansökan har behandlats. Medlemsavgiftsfakturan skickas per post efter att medlemskapet godkänts.