**HÄLSOVÅRDENS ARBETSLÖSHETSKASSA**

**MEDLEMSANSÖKAN**

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

 Kirjoita päivämäärä napsauttamalla tätä.

 Min utbildning Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Jag är i lönearbete.

 Arbetsgivarens namn Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Min tidigare arbetslöshetskassa Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

[ ]  Jag ger Hälsovårdens arbetslöshetskassa fullmakt att meddela min tidigare

 arbetslöshetskassa om mitt utträde.

Tilläggsuppgifter Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Namn Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Personbeteckning Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Adress Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Telefon Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 E-postadress Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

 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.