



Anmälningssblankett

Skutskärsfackens Tandklubb

Anst.nr.	Personnummer		
Namn			
Adress		Postadress	
Tel hem	Tel arb	Mobil	
E-postadress			
Fackförening			
<input type="checkbox"/> Pappers avd 2		<input type="checkbox"/> Ledarna	
<input type="checkbox"/> CF		<input type="checkbox"/> Unionen	

Jag har tagit del av och godkänt Tandklubbens regelverk.

Jag godkänner och lämnar härmed fullmakt till Skutskärs Bruk att avgiften till Tandklubben betalas genom löneavdrag.

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Ifylls av respektive fack

Mottaget den	Godkänd av
Anm.	

Fylls i av Pappers avd 2

Registrerad den	Registrerad av
-----------------	----------------