

ARBETSGIVARE:

ORGANISATIONSNUMMER:

ADRESS:

POSTNUMMER:

ORT:

TELEFON:

UPPGIFTLÄMNARE:

E-POSTADRESS:

TELEFON:

FACKLIG KONTAKTPERSON:

TELEFON:

**ÖVERTALIGHET ÄR KONSTATERAD OCH PRIMÄR FÖRHANDLING GENOMFÖRD ENLIGT BIFOGAT PROTOKOLL DEN:**

TILL ANMÄLAN SKA ALLTID PROTOKOLL FRÅN MEDBESTÄMMANDEFÖRHANDLING / ÖVERENSKOMMELSE MELLAN ARBETSGIVARE OCH FINANSFÖRBUNDET OM ARBETSBRISTSITUATIONEN BIFOGAS.

### UPPSAGD PERSON

FÖRNAMN:

EFTERNAMN:

PERSONNUMMER:

TELEFON:

E-POSTADRESS:

ADRESS:

POSTNUMMER:

ORT:

ANSTÄLLNING FR O M:

TILLSVIDAREANSTÄLLD TJÄNSTEMAN? JA

FR O M:

NEJ

ARBETSTID PER VECKA:

AKTUELL LÖN INKL LUNCHFÖRMÅN, KR:

SISTA ANSTÄLLNINGSDAG:

AVGÅNGSVEDERLAG, KR:

OMRÄKNAT TILL ANTAL MÅNADER:

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR:

ORT OCH DATUM:

UPPGIFTLÄMNARENS NAMNTECKNING:

**SKICKA BLANKETTEN TILL:**  
TRYGGHETSFONDEN BAO-FINANSFÖRBUNDET  
STUREPLAN 4C  
SE-114 35 STOCKHOLM

**TFN:** 08-20 59 20  
**FAX:** 08-21 58 58  
**E-POST:** info@trygghetsfonden.com  
**HEMSIDA:** www.trygghetsfonden-bao-finansforbundet.se

GLÖM INTE ATT SKRIVA UNDER!