



• Anslutningsblankett till Tehys fackavdelning och/eller inkasseringsavtal
• Medlemsansökan till Hälsovårdens arbetslöshetskassa



VÄNLIGEN TEXTA, VI ANVÄNDER OPTISK LÄSNING. KONTROLLERA ATT UPPGIFTERNA SYNS OCKSÅ PÅ KOPIORNA.

<input type="checkbox"/> Ny medlem	<input type="checkbox"/> Ändring av arbetsplats	Den nya fackavdelningens nummer	Postningspråk <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska	
1. Personuppgifter Se anvisning	Personbeteckning	Tillnamn		
	Förnamn	Mobiltelefon		
	Näradress	Telefon arbete (också riktnummer)		
	Postnummer	Postanstalt	<input type="checkbox"/> Skicka inte reklampost till mig	
	E-postadress			
	Yrkesutbildning		Examen ddmmaaåå	
2. Anställningsuppgifter Se anvisning	Lönebetalande arbetsgivare	Telefon (också riktnummer)		
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt		
	Arbetsplats/institution	Arbetsplatsens verksamhetsområde		
	Tjänst/befattning			
	Anställning <input type="checkbox"/> Arbetsförhållande <input type="checkbox"/> Tjänsteförhållande <input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Tidsbunden <input type="checkbox"/> Heltidsarbete <input type="checkbox"/> Deltidsarbete <input type="checkbox"/> Timarbete	Arbetstid		
3. Frånvaro från arbetet Se anvisning	Jag är för tillfället borta från arbetet på grund av (kryss i rutan)			
	<input type="checkbox"/> Hälsovårds- eller hälsov. och socialvårdsutbildning *	<input type="checkbox"/> Vårdledighet *	<input type="checkbox"/> Alternerings-/ tjänstledig* <input type="checkbox"/> Utomlands * <input type="checkbox"/> Annat, vad _____ *När detta upphör	
	<input type="checkbox"/> Moderskaps-/ föräldraledig *	<input type="checkbox"/> Bevärings-/ civiltjänst *	<input type="checkbox"/> Arbetslöshet/ permitterad * <input type="checkbox"/> Sjukskriven/ rehab.stöd *	
4. Medlemsföretagaruppgifter	<input type="checkbox"/> Jag är företagare inom social- och hälsovården på heltid FO-nummer _____			
	<input type="checkbox"/> Jag arbetar ensam <input type="checkbox"/> Jag har 1-3 anställda <input type="checkbox"/> Jag har över 3 anställda <input type="checkbox"/> Jag är företagare som bisyssla			
5. Hälsovårdens arbetslöshetskassa Se anvisning	<input type="checkbox"/> Jag ansluter mig till arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> Jag arbetar sedan _____ <input type="checkbox"/> Jag meddelar om arbete senare			
	Min föregående arbetslöshetskassa	<input type="checkbox"/> Jag ger Hälsovårdens arbetslöshetskassa fullmakt att meddela den tidigare arbetslöshetskassan om mitt utträde		
	<input type="checkbox"/> Jag är medlem i arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> Jag ansluter mig inte till arbetslöshetskassan			
6. Medlemsavgiftens betalningsätt Se anvisning	Medlemsavgiftens betalningsätt <input type="checkbox"/> arbetsgivaren inkasserar från lönen <input type="checkbox"/> jag betalar själv (Tehy skickar referensnummer)			
	Arbetsgivaren och tjänstemannen har idag ingått ett avtal om inkassering av fackföreningsmedlemsavgiften. Samtidigt ger tjänstemannen sitt tillstånd till att hennes/hans löneuppgifter ges åt den lokala intressebevakningen samt att medlemskapet automatiskt överförs till en fackavdelning enligt arbetsplats/hemort.			
	Grund för inkassering Arbetsgivaren inkasserar medlemsavgiften enligt den av fackorganisationen skriftligen meddelade inkasseringsskäl och redovisar den till Tehys medlemsavgiftskonto med referensnummer som Tehy skickar. Inkasseringsskäl meddelas för ett kalenderår i sänder som gällande procentandel eller eurobelopp, vilka inte kan ändras under denna tid. Arbetsgivaren ansvarar inte för fel i meddelanden från tjänsteinnehavaren/arbetstagaren eller fackorganisationen.			
	Arbetsgivarens/löneräkningens underskrift och datum	Medlemmen Datum _____ Underskrift _____		
Övrigt				
<input type="checkbox"/> Fackavdelningen fyller i Fa nr _____ Datum _____		Fackavdelningsrepresentantens underskrift		





• Anslutningsblankett till Tehys fackavdelning och/eller inkasseringsavtal
• Medlemsansökan till Hälsovårdens arbetslöshetskassa



VÄNLIGEN TEXTA, VI ANVÄNDER OPTISK LÄSNING. KONTROLLERA ATT UPPGIFTERNA SYNS OCKSÅ PÅ KOPIORNA.

<input type="checkbox"/> Ny medlem	<input type="checkbox"/> Ändring av arbetsplats	Den nya fackavdelningens nummer	Postningspråk <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska			
1. Personuppgifter Se anvisning	Personbeteckning	Tillnamn				
	Förnamn	Mobiltelefon				
	Näradress	Telefon arbete (också riktnummer)				
	Postnummer	Postanstalt	<input type="checkbox"/> Skicka inte reklampost till mig			
	E-postadress	Yrkesutbildning				
		Examen d d m m å å å å				
2. Anställningsuppgifter Se anvisning	Lönebetalande arbetsgivare	Telefon (också riktnummer)				
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt				
	Arbetsplats/institution	Arbetsplatsens verksamhetsområde				
	Tjänst/befattning					
	Anställning	Arbetstid				
<input type="checkbox"/> Arbetsförhållande	<input type="checkbox"/> Tjänsteförhållande	<input type="checkbox"/> Ordinarie	<input type="checkbox"/> Tidsbunden	<input type="checkbox"/> Heltidsarbete	<input type="checkbox"/> Deltidsarbete	<input type="checkbox"/> Timarbete
3. Frånvaro från arbetet Se anvisning	Jag är för tillfället borta från arbetet på grund av (kryss i rutan)					
	<input type="checkbox"/> Hälsovårds- eller hälsov. och socialvårdsutbildning *	<input type="checkbox"/> Vårdledighet *	<input type="checkbox"/> Alternerings-/ tjänstledig *	<input type="checkbox"/> Utomlands *	<input type="checkbox"/> Annat, vad _____ *När detta upphör	
<input type="checkbox"/> Moderskaps-/ föräldraledig *	<input type="checkbox"/> Bevärings-/ civiltjänst *	<input type="checkbox"/> Arbetslöshet/ permitterad *	<input type="checkbox"/> Sjukskriven/ rehab.stöd *			
4. Medlemsföretagaruppgifter	<input type="checkbox"/> Jag är företagare inom social- och hälsovården på heltid FO-nummer _____					
	<input type="checkbox"/> Jag arbetar ensam	<input type="checkbox"/> Jag har 1-3 anställda	<input type="checkbox"/> Jag har över 3 anställda	<input type="checkbox"/> Jag är företagare som bisyssla		
5. Hälsovårdens arbetslöshetskassa Se anvisning	<input type="checkbox"/> Jag ansluter mig till arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> Jag arbetar sedan _____ <input type="checkbox"/> Jag meddelar om arbete senare					
	Min föregående arbetslöshetskassa			<input type="checkbox"/> Jag ger Hälsovårdens arbetslöshetskassa fullmakt att meddela den tidigare arbetslöshetskassan om mitt utträde		
	<input type="checkbox"/> Jag är medlem i arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> Jag ansluter mig inte till arbetslöshetskassan					
6. Medlemsavgiftens betalningsätt Se anvisning	Medlemsavgiftens betalningsätt					
	<input type="checkbox"/> arbetsgivaren inkasserar från lönen <input type="checkbox"/> jag betalar själv (Tehy skickar referensnummer)					
	Arbetsgivaren och tjänstemannen har idag ingått ett avtal om inkassering av fackföreningsmedlemsavgiften. Samtidigt ger tjänstemannen sitt tillstånd till att hennes/hans löneuppgifter ges åt den lokala intressebevakningen samt att medlemskapet automatiskt överförs till en fackavdelning enligt arbetsplats/hemort.					
	Grund för inkassering Arbetsgivaren inkasserar medlemsavgiften enligt den av fackorganisationen skriftligen meddelade inkasseringsskäl och redovisar den till Tehys medlemsavgiftskonto med referensnummer som Tehy skickar. Inkasseringsskäl meddelas för ett kalenderår i sänder som gällande procentandel eller eurobelopp, vilka inte kan ändras under denna tid. Arbetsgivaren ansvarar inte för fel i meddelanden från tjänsteinnehavaren/arbetstagar eller fackorganisationen.					
Arbetsgivarens/löneräkningens underskrift och datum			Medlemmen			
			Datum _____			
			Underskrift _____			
Övrigt						
		Fackavdelningen fyller i Fa nr _____ Datum _____	Fackavdelningsrepresentantens underskrift			



Tehys yrkesinriktade samarbetsmedlemsorganisationer

Finlands Barnmorskeförbund rf, PB 100, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7491, www.suomenkatiloliitto.fi
Tidningen Kätilö.

Finlands Bioanalytikerförbund rf, PB 110, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7471, www.bioanalyttikkoliitto.fi
Tidningen Bioanalyttikko.

Finlands Mentalvårdsförbund rf, PB 130, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7209, www.smthl.net
Tidningen Mielenterveyshoitaja-Mentalvårdare.

Finlands Röntgenskötarförbund rf, PB 140, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7521, www.suomenrontgenhoitajaliitto.fi
Tidningen Radiografia.

Finlands sjuksköterskeförbund rf, Stationskarlsgatan 2, 00520 Helsingfors, tel. (09) 229 0020, www.sairaanhoitajaliitto.fi
Tidningen Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan.

Förbundet för Akutvård i Finland rf, PB 80, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7209, www.sehl.fi
Tidningen Ensihoitaja-lehti.

Förbundet för Barnavård i Finland rf, PB 120, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7501, www.slal.fi
Tidningen SLaL.

Munhälsövårdens Fackförbund rf, PB 90, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7531, www.stal.fi
Tidningen Suun Terveystieteiden Seuran Terveystieteiden lehti.

Samarbete:

Finlands Fotvårdare och Foterapeuters Förbund rf, PB 150, 00060 Tehy, tel. (09) 701 1140. www.saunalahti/sjl
Tidningen: Podoprintti.

Finlands Närvårdare rf, PB 10, 00060 Tehy, tel. (09) 5422 7209



Tehy
betalar
portot

Tehy rf.
SVARSFÖRSÄNDELSE
Kod 5001411
info: 34
00003 Helsingfors