

Odbiorca płatności	Teollisuusliitto ry PL 107, 00531 Helsinki Centrala 020 774 001	Teollisuuden työttömyyskassa PL 116, 00531 Helsinki Centrala 020 774 001	Numer Związku i Funduszu Bezrobotnych 015 Rozliczenia pracodawców na rachunek bankowy FI09 5000 0120 400733	Numer oddziału
UWAGA!	Wypełnij umowę starannie drukowanymi literami. Uzupełnij dane pracodawcy (nazwa i adres), nawet jeśli opłacasz składkę samodzielnie. Istotne jest również wypełnienie danych stanowiska pracy pracownika, jeśli adres miejsca pracy różni się od adresu pracodawcy.			
	<input type="checkbox"/> Nowy członek <input type="checkbox"/> Zmiana stanowiska pracy <input type="checkbox"/> Zmiana oddziału <input type="checkbox"/> Członek wspierający Patrz instrukcja Niniejszym upoważniam Teollisuusliitto i Przemysłowy Fundusz pracy do zgłoszenia mojego odejścia z poprzedniego związku zawodowego lub funduszu pracy oraz uzyskanie moich danych członkowskich dla potrzeb przeniesienia członkostwa i konta w funduszu pracy.			<input type="checkbox"/> Zmiana związku/funduszu pracy Podaj nazwę poprzedniego związku/funduszu pracy
Podstawa poboru	Pracodawca pobiera składkę członkowską związku zawodowego i funduszu bezrobotnych oddzielnie zgodnie z podstawą zapłaty od kwoty wynagrodzenia brutto podlegającej naliczeniu zaliczek na podatek dochodowy. Jako podstawę przyjmuje się stałą wartość procentową naliczaną jeden raz w roku kalendarzowym, której nie wolno w tym okresie zmieniać, o ile nie zostanie to narzucone przez ustawodawstwo lub decyzje organów decyzyjnych związku lub funduszu bezrobotnych. Pracodawca nie ponosi odpowiedzialności za błędne informacje podane przez związek, dział zawodowy lub pracownika.			
Okres ważności	Niniejsza umowa wchodzi w życie wraz z jej podpisaniem przez pracodawcę i pracownika. Pracownik może wypowiedzieć niniejszą umowę. Okres rozliczeniowy jest tożsamy z okresem wynagrodzenia.			
Pracownik	Nr identyfikacyjny (henkilötunnus)		<input type="checkbox"/> Nie zgadzam się na wykorzystywanie moich danych teleadresowych w celach innych niż oferty członkowskie	
	Nazwisko i imiona		<input type="checkbox"/> Zgadzam się na przesyłanie ofert członkowskich za pośrednictwem poczty elektronicznej, wiadomości tekstowych lub innych mediów elektronicznych	
	Język ojczysty <input type="checkbox"/> Fiński <input type="checkbox"/> Szwedzki	Obywatelstwo <input type="checkbox"/> Fińskie	Język korespondencji <input type="checkbox"/> Fiński	
	<input type="checkbox"/> Inny, jaki?	<input type="checkbox"/> Inne, jakie?	<input type="checkbox"/> Szwedzki <input type="checkbox"/> Angielski	
	Adres	Kod pocztowy	Urząd pocztowy	
	E-mail	Telefon		
Dane stosunku pracy	Nazwa zawodu	Branża objęte układem/układ		
	Data rozpoczęcia stosunku pracy	Czy ty lub członek Twojej rodziny (rodzice, współmałżonek/-ka, konkubent/konkubina, dzieci) posiadasz w całości lub częściowo udziały w przedsiębiorstwie, w którym jesteś zatrudniony? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak _____% Patrz instrukcja		
Tryb pobierania składki	<input type="checkbox"/> Opłacam sam <input type="checkbox"/> Składkę pobiera pracodawca			
Stanowisko pracy	Nazwa pracodawcy / pracownika			
	Nazwa twojego miejsca pracy, o ile różni się od siedziby pracodawcy		Numer telefonu	
	Adres Twojego miejsca pracy, urząd pocztowy			
Dane pracodawcy	Nazwa przedsiębiorstwa		Nr identyfikacyjny	
Wypełnia pracodawca	Adres korespondencyjny i urząd pocztowy			
	Telefon	E-mail		
Pełnomocnik (np. biuro rachunkowe)	Osoba kontaktowa (wykonawca rozliczeń i poborca płatności)			
	Adres korespondencyjny i urząd pocztowy			
	Telefon	E-mail		
Data rozpoczęcia poboru składki członkowskiej. Podpis przedstawiciela działu zawodowego. Data i podpis przedstawiciela działu zawodowego / pełnomocnika Funduszu Bezrobotnych. ____ / ____ ____ ____ / ____ ____ Pobór składek nie może odbywać się wstecz przed datą podpisu (patrz instrukcja)				
Niniejszym upoważniam Przemysłowy Fundusz Bezrobotnych do pobierania w razie potrzeby z świadczeń wypłacanych przez Fundusz Bezrobotnych i fundusz składek Teollisuusliitto				
Data podpisu pracownika		Podpis pracownika		
____ / ____ ____				
Wnioskodawca		Numer działu zawodowego		
Uwagi dodatkowe				