

Arbetsplatsens

VAL AV ARBETARSKYDDSKOMMITTÉ ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN

Arbetsplats _____

RÖSTNINGSTID OCH PLATS

Tid _____ / _____ - _____ / _____ 20 _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

VALKANDIDATER FÖR ARBETARSKYDDSKOMMITTÉN ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALKANDIDATER FÖR ERSÄTTARE AV ARBETARSKYDDSKOMMITTÉN ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ 20 _____