

Työtekijän tiedot	Henkilötunnus Personbeteckning			
Arbetsstagarens uppgifter	Suku- ja etunimet Efter- och förnamn			
Perinnän päättymisen syy	☐ Eläke Pension	☐ Liiton/työttömyyskassan vaihto Byte av förbund/a-kassa	☐ Muu syy, mikä? Annan orsak, vilken?	Perinnän päättymispäivä Inkasseringen av medlemsavgift upphör ____ / ____ 20 ____
Orsak till uppsägning av inkasseringsavtalet				

Työnantajan tiedot	Yrityksen nimi / Företagets namn		Y-tunnus / FO-nummer
Arbetsgivarens uppgifter	Lähiosoite / Näradress	Postinumero ja -toimipaikka / Postnummer och -anstalt	
	Ilmoittajan sähköpostiosoite / Anmälarens e-post		Puhelinnumero / Telefon
Päiväys ja työnantajan allekirjoitus			
Datum och arbetsgivarens underskrift	____ / ____ 20 ____		