

Beneficjent składki członkowskiej	Teollisuusliitto ry PL 107, 00531 Helsinki Nr wewnętrzny 020 77 4001	Otwarty fundusz dla bezrobotnych A-kassa PL 116, 00531 Helsinki Nr wewnętrzny 029 372 4000	Numer związkowy 015 Rozliczenia pracodawcy na rachunek bankowy FI41 5541 2820 0335 13	
UWAGA!	Wypełnij umowę starannie drukowanymi literami. Wypełnij dane pracodawcy (imię i nazwisko oraz adres), nawet jeśli sam płacisz składkę członkowską. Ważne jest również wypełnienie informacji o miejscu pracy Pracownika, jeśli adres miejsca pracy jest inny niż pracodawcy.			
Członkostwo	<input type="checkbox"/> Wstępuję do związku zawodowego Teollisuusliitto oraz funduszu A-kassa <input type="checkbox"/> Wstępuję tylko do Teollisuusliitto <input type="checkbox"/> Zmieniam miejsce pracy <input type="checkbox"/> Zmieniam oddział związku	Numer oddziału (jeżeli chcesz, zostaw to pole puste, a związek zawodowy wypełni je za Ciebie)		
Zmiana związku zawodowego/funduszu dla bezrobotnych	Swoim podpisem upoważniam Teollisuusliitto i A-kassa do poinformowania poprzedniego związku zawodowego lub funduszu bezrobocia o mojej rezygnacji i do zażądania moich danych członkowskich w celu przeniesienia do związku zawodowego i funduszu dla bezrobotnych.		Podaj nazwę poprzedniego związku zawodowego/funduszu dla bezrobotnych	
Pracownik	Numer ubezpieczenia społecznego	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na polecenie mi korzyści z członkostwa przez e-mail, sms lub inne środki elektroniczne <input type="checkbox"/> Moje dane adresowe mogą być wykorzystywane do marketingu bezpośredniego		
	Nazwiska i imiona (podkreśl imię, którego używasz)			
	Język ojczysty <input type="checkbox"/> fiński <input type="checkbox"/> szwedzki <input type="checkbox"/> angielski <input type="checkbox"/> inny, jaki?	Obywatelstwo <input type="checkbox"/> Finlandia <input type="checkbox"/> inne, jakie?		
	Adres zamieszkania	Kod pocztowy	Poczta	
	E-mail	Telefon		
	Jestem zatrudniony i moje wynagrodzenie podlega fińskiej emeryturze pracowniczej, składkom na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczeniu od bezrobocia oraz podatki u źródła. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Informacje o zatrudnieniu	Tytuł zawodowy	Zakres umowy / Układ zbiorowy pracy (patrz instrukcja)		
	Data rozpoczęcia zatrudnienia	Czy jesteś właścicielem lub któryś z członków Twojej rodziny (rodzice, małżonek, dzieci) jest właścicielem całości lub części przedsiębiorstwa, w którym pracujesz? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak _____ % Patrz instrukcja		
Sposób potrącania składki członkowskiej	<input type="checkbox"/> Oplatę członkowską opłacam samodzielnie <input type="checkbox"/> Pracodawca potrąca ją z wynagrodzenia			
Miejsce pracy	Nazwa pracodawcy / płatnika			
	Nazwa zakładu (= miejsce pracy), jeżeli jest inna niż siedziba pracodawcy	Telefon		
	Adres miejsca pracy (= miejsce pracy), miasto			
Informacje o pracodawcy <i>Wypełni pracodawca</i>	Nazwa firmy		Identyfikator firmy	
	Adres pocztowy i miasto			
	E-mail	Telefon		
Kto odpowiada za składki (np. biuro rachunkowe)	Osoba kontaktowa (osoba dokonująca wpłat i potrąceń)			
	Adres pocztowy i miasto			
	E-mail	Telefon		
Potrącanie stawek rozpoczyna się _____/_____/_____ Podpis przedstawiciela pracodawcy _____ Data i podpis przedstawiciela związku zawodowego/pracownika funduszu bezrobotnych _____/_____/_____				
<i>Potrącanie składek członkowskich od nowego członka nie może rozpocząć się wstecz. Data przystąpienia musi być dniem roboczym. Składka członkowska jest uiszczana od daty przystąpienia.</i>				
Swoim podpisem upoważniam A-kassa do sprawdzenia stanu składek członkowskich w Teollisuusliitto i do pobrania wszelkich brakujących składek członkowskich wpłaconych przez Teollisuusliitto i A-kassa na poczet świadczeń wypłacanych mi przez fundusz dla bezrobotnych na podstawie fińskiej ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Upoważniam Teollisuusliitto do przekazania moich danych członkowskich do A-Kassa, gdy zostanę członkiem. Upoważniam A-kassa do przekazania informacji o moim członkostwie do Związku Zawodowego w celu utrzymania mojego członkostwa. Upoważniam męża zaufania w moim zakładzie pracy do prowadzenia spraw związanych z moim zatrudnieniem i członkostwem. Autoryzacja wygasa po zakończeniu członkostwa.				
Data pracownika	Podpis pracownika			
Numer członkowski osoby rekrutującej nowego członka		Informacje dodatkowe		