

Medlemsavgiften betalas till	Industrifacket rf PB 107, 00531 Helsingfors Växel 020 77 4001	Öppna arbetslöshetskassan A-kassan PB 116, 00531 Helsingfors Växel 029 372 4000	Förbundets nummer 015 Arbetsgivarredovisningar till bankkonto FI41 5541 2820 0335 13
OBS!	Texta tydligt när du fyller i avtalsblanketten. Fyll i arbetsgivarens uppgifter (namn och adress) även om du själv betalar medlemsavgifterna. Om arbetsplatsens adress är en annan än arbetsgivarens är det viktigt att även fylla i uppgifterna om Arbetstagarens arbetsställe.		
Gå med	<input type="checkbox"/> Jag går med i Industriefacket och A-kassan <input type="checkbox"/> Jag går endast med i Industriefacket <input type="checkbox"/> Jag byter arbetsplats <input type="checkbox"/> Jag byter fackavdelning		Avdelningens nummer (<i>lämna tomt om du vill, så fyller Industriefacket in numret</i>)
Byte av fackförbund/arbetslöshetskassa	Jag befullmäktigar med min underskrift Industriefacket och A-kassan att meddela föregående fackförbund eller arbetslöshetskassa att jag säger upp mitt medlemskap samt att begära mina medlemskapsuppgifter för byte av fackförbund och arbetslöshetskassa.		Ange namnet på föregående fackförbund/arbetslöshetskassa
Arbetstagaren	Personbeteckning	<input type="checkbox"/> Jag tar gärna emot erbjudanden om medlemsförmåner via e-post, SMS eller andra elektroniska medel	<input type="checkbox"/> Mina adressuppgifter får användas för direktmarknadsföring
	Efternamn och samtliga förnamn (stryk under tilltalsnamnet)		
	Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Engelska <input type="checkbox"/> Annat, vilket?	Medborgarskap <input type="checkbox"/> Finskt <input type="checkbox"/> Annat, vilket?	
	Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
	E-postadress	Telefon	
	Jag arbetar i ett anställningsförhållande och arbetspensions-, socialförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringsavgifter samt förskottsinnehållning tas ut på min lön i Finland.		
Uppgifter om anställningsförhållandet	Yrkesbenämning	Avtalsbransch / Kollektivavtal (se instruktioner)	
	Anställningen inleddes (datum)	Äger du eller äger dina familjemedlemmar (föräldrar, make/maka, sambo, barn) helt eller delvis företaget där du arbetar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____ % Se instruktioner	
Hur inkasseras medlemsavgiften?	<input type="checkbox"/> Jag betalar medlemsavgiften själv <input type="checkbox"/> Arbetsgivaren drar av medlemsavgiften från lönen		
Arbetsplats	Arbetsgivarens / Löneutbetalarens namn		
	Verksamhetsställets (= din arbetsplats) namn om annat än arbetsgivarens		Telefon
	Verksamhetsställets (= din arbetsplats) besöksadress, postanstalt		
Uppgifter om arbetsgivaren <i>Fylls i av arbetsgivaren</i>	Företagets namn		FO-nummer
	Postadress och postanstalt		
	E-postadress		Telefon
Handläggare i ärendet (t. ex redovisningsbyrå)	Kontaktperson (som redovisar och drar av avgifter)		
	Postadress och postanstalt		
	E-postadress		Telefon
Datum då medlemsavgiften börjar dras från din lön	Underskrift av arbetsgivarens representant	Datum och underskrift av fackavdelningens representant / arbetslöshetskassans ombud	
____/____/____	_____	____/____/____	
<i>Inkasseringen av en ny medlems medlemsavgift kan inte börja retroaktivt. Anslutningsdagen ska vara en avlönad dag. Medlemsavgiften betalas från anslutningsdagen.</i>			
Jag befullmäktigar med min underskrift A-kassan att hos Industriefacket kontrollera status för medlemsavgifterna och att inkassera eventuella medlemsavgifter som saknas hos Industriefacket och A-kassan för de förmåner enligt lagen om utkomstskydd för arbetslösa som arbetslöshetskassan betalat till mig. Jag befullmäktigar Industriefacket att vidarebefordra mina medlemskapsuppgifter till A-kassan när jag också blir medlem i kassan. Jag befullmäktigar A-kassan att vidarebefordra mina medlemskapsuppgifter till Industriefacket för att upprätthålla mitt medlemskap. Jag befullmäktigar förtroendemannen på min arbetsplats att hantera frågor som rör min anställning och mitt medlemskap. Fullmakten upphör att gälla när medlemskapet upphör.			
Arbetstagarens datum	Arbetstagarens underskrift		
____/____/____	_____		
Medlemsvärvarens medlemsnummer	Ytterligare information		
_____	_____		