Sukunimi Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Etunimet Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Henkilötunnus Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Lähiosoite Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Postinumero Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Postitoimipaikka Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Matkapuhelinnumero Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Sähköpostiosoite (ensisijainen) Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Ammattinimike Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Työpaikka (vankila/yksikkö) Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

# Suostumukset

Ilmoitan tällä valtakirjalla suostuvani, että yllä mainitun ammattiyhdistyksen jäsenmaksu saadaan toistaiseksi pidättää siten kuin kulloinkin voimassa olevista määräyksistä ja/tai sopimuksista ilmenee ja sen suuruisena kuin yhdistys sen palkansaajalle ilmoittaa. Henkilökohtaisen palkanosan perusteita koskevan tiedon voi antaa minua edustavan luottamusmiehen käyttöön.

# Valtuutuksen peruuttaminen

Tämän valtuutuksen voi peruuttaa tekemällä siitä kirjallisen ilmoituksen. Perintä lopetetaan tällöin 30 päivän kuluttua ensiksi alkavan perintäkauden alusta lukien laskettuna peruutusilmoituksen saapumisesta palkanmaksajalle. Valtuutus raukeaa palvelusuhteen päättyessä edellä mainitussa työpaikassa. Ilmoitus tulee tehdä myös tilanteissa, joissa jäsen jää eläkkeelle virastaan.

# Valtuuttaminen

Paikka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päiväys\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jäsenhakemus vastaanotettu osastossa

Paikka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päiväys\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_

Osaston toimihenkilön allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nimenselvennys:

Työnantajan merkinnät

Paikka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päiväys\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_

Työnantajan edustajan/heha:n allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nimenselvennys: