

Porin KTV:n sairauskassa

avoinna **torstaisin**
klo 10.00 - 16.30
(hakemukset suositellaan
jätettävän postitse)

Porin KTV:n sairauskassa
Eteläpuisto 12
28100 Pori

puhelin: 02 633 0205
faksi: 02 633 0206
email: elisa.anttila@kela.fi
kassa@ktvkassa.fi
www.ktvkassa.fi

!
Täytä molemmat osat
ja toimita kassalle.
Kassa toimittaa valta-
kirjan työnantajalle jäse-
neksi hyväksymisen jälkeen.

Tällä lomakkeella liityn sairauskassan jäseneksi 1 / _____ 20 ____.

Työsuhteeni alkoi _____ / _____ v. _____
(määräaikaisuudesta lisäselvitys lomakkeen kääntöpuolelle, mm. kesto, toistuvuus)

Työpaikka / hallintokunta

Yhdistyksen nimi ja numero, liittymisaika

sukunimi ja etunimet, henkilötunnus

lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka

sähköpostiosoite, puhelinro

tilinumero

päiväys, allekirjoitus

TYÖNANTAJALLE

Tällä lomakkeella suostun, että palkastani saa periä Porin KTV:n Sairauskassan jäsenmaksun 1,5 %, vähintään 22 €/kk

sukunimi ja etunimet, henkilötunnus

allekirjoitus

Kassa täyttää:
Liittymispäivä _____ / _____ 20 ____ . Hakemus on käsitelty hallituksen kokouksessa _____ / _____ 20 ____