

**Porin KTV:n sairauskassa**  
Itsenäisyydenkatu 42 (3. krs)  
28130 Pori  
puh. (02) 633 0205

Tällä lomakkeella liityn sairauskassan jäseneksi 1 / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Työsuhteeni alkoi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ v. \_\_\_\_\_

Vakituinen   
Määräaikainen

(määräaikaisuudesta lisäselvitys lomakkeen kääntöpuolelle, mm. kesto, toistuvuus)

kassa@ktvkassa.fi  
www.ktvkassa.fi

Työnantaja / hallintokunta

Yhdistyksen nimi ja/tai numero, liittymisaika

Sukunimi ja etunimet, henkilötunnus

**Huom!**

Liitteeksi **kopio JHL:n jäsenkortista tai henkilökohtaisesti näyttämällä kassassa.**

Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka

Puhelin, sähköpostiosoite

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 \_\_\_\_