

**MEDDELANDE OM ÅTERKALLANDE AV
FULLMAKTEN FÖR MEDLEMSAVGIFTSUPPBÖRD**



Förbundet för den offentliga sektorn
och välfärdsområdena JHL rf
e-post: jasenpalvelu@jhl.fi
Arbetslöshetskassan för den offentliga sektorn
och välfärdsområdena

Personuppgifter										<i>Medlemmen fyller i</i>
Personbeteckning							-			
Efternamn					Förnamn					
Orsak till återkallande av fullmakt										<input type="checkbox"/> Utträde ur Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena och ur Arbetslöshetskassan
										<input type="checkbox"/> Utträde ur Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena
										<input type="checkbox"/> Utträde ur Arbetslöshetskassan för den offentliga sektorn och välfärdsområdena
Datum										. . 20
Fullmaktsgivarens underskrift										

Uppgifter om arbetsförhållandet										<i>Löneassistent/arbetsgivarens representant fyller i</i>
Arbetsgivarens officiella namn										
Uppbörden slutar (ej avlöningsdag)										. . 20
Datum										. . 20
Arbetsgivarens/löneassistentens underteckning										