

## Anmeldelsesblanket

### Tillidsrepræsentantvalg

#### Arbejdssted

Apotek: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### Tillidsrepræsentant

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### Valget

Gældende fra den: \_\_\_\_\_

Der er foretaget genvalg: \_\_\_\_\_ eller nyvalg: \_\_\_\_\_

Region \_\_\_\_\_

Anmeldelsesblanketten returneres til Farmakonomforeningen – Sankt Peders Stræde 36 –  
1453 København K eller pr. fax til 3314 0666

