

Anmeldelsesblanket

Tillidsrepræsentantvalg

Arbejdssted

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon, direkte: _____

Egen e-mail-adr. _____
på arbejdspladsen

Tillidsrepræsentant

Navn: _____

Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefon: _____

Valget

Gældende fra den: _____

Der er foretaget genvalg: _____ eller nyvalg: _____

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



Anmeldelsesblanket

Tillidsrepræsentantsuppleantvalg

Arbejdssted

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon, direkte: _____

Egen e-mail-adr. _____
på arbejdspladsen

Tillidsrepræsentantsuppleant

Navn: _____

Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefon: _____

Valget

Gældende fra den: _____

Der er foretaget genvalg: _____ eller nyvalg: _____

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

