

Ansökan om medlemskap i Livsmedelsarbetarnas arbetslöshetskassa

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)

Personuppgifter

Förnamn: _____	Efternamn: _____
Adress: _____	C/o _____
Postnummer: _____	Ort: _____
Telefonnummer: _____	E-post: _____

Arbete (kryssa i ett alternativ)

<input type="checkbox"/> Jag arbetar just nu hos (arbetsplats)	Jag arbetar som (arbetsuppgifter)
_____	_____
<input type="checkbox"/> Jag arbetade senast hos	Tom datum
_____	_____
Företagets namn	Företagets org nr
_____	_____

Medlemskap (Du kan tidigast bli medlem från och med den första i den månad vi får din ansökan.)

Jag vill bli medlem från och med År _____ Månad _____

Jag vill ha hjälp med att byta a-kassa Ja Nej

Jag ger Livs a-kassa fullmakt att begära utträde ur min nuvarande a-kassa. Jag ansöker om medlemskap i Livs a-kassa i direkt anslutning till att mitt tidigare medlemskap upphör.
Jag godkänner att förfallna ej erlagda medlemsavgifter dras från utbetalning av min arbetslöshetsersättning.

Jag försäkrar att uppgifterna i min ansökan är korrekta

Datum _____ Underskrift _____

Ansökan skickas till:

Livs a-kassa
FE 10
930 88 Arjeplog