

PERSONUPPGIFTER

Personbeteckning: _____ Modersmål: finska svenska övrigt: _____
Efternamn och alla förnamn: _____ Telefonnummer: _____
Gatuadress: _____ Postnummer och postanstalt: _____
E-postadress: _____
UTBILDNING: Examen som fysioterapeut, examensår: _____ Högre högskoleexamen: _____

HUR MEDLEMSKAPET UPPSTÅR (välj ett av de två alternativen)

- Jag vill ansluta mig till **Finlands Fysioterapeuter VIA EN MEDLEMSFÖRENING** (välj endast en förening)
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keski-Suomen Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Kymenlaakson Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Lapin Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Lasten Fysioterapia ry |
| <input type="checkbox"/> Pohjanmaan Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Pohjois-Savon Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Psykofyysisen fysioterapian yhdistys Psyfy ry | |
| <input type="checkbox"/> Tampereen seudun Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Lounais-Suomen Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Gerontologis-Geriatriinen Fysioterapiayhdistys | |
| <input type="checkbox"/> Uudenmaan Fysioterapeutit | <input type="checkbox"/> Aikuisneurologinen Fysioterapiayhdistys | <input type="checkbox"/> Ortopedisien Manuaalisen Terapian Yhdistys SOMTY | |
| <input type="checkbox"/> Työfysioterapeutit (medlemsvillkor: studier som ger behörighet för företagshälsövård och arbete som företagsfysioterapeut) | | | |
- Jag vill ansluta mig till **Finlands Fysioterapeuter DIREKT SOM PERSONLIG MEDLEM**

MEDLEMSUPPGIFTER

- Jag ansöker om **ordinarie medlemskap**
- Jag ansöker om **studerandemedlemskap**, beräknat examensdatum: _____ / _____ 20____
- Jag ansöker om **dubbelt medlemskap**, eftersom jag hör till ett annat fackförbund (t.ex. OAJ)
I det dubbla medlemskapet ingår inte ekonomisk intressebevakning och utkomstskydd för arbetslösa. Fast årsavgift, inga rabatter för medlemstyp.
Studerandemedlemskapet omvandlas efter detta datum automatiskt till ett ordinarie medlemskap, om du inte meddelar att examensdatumet har ändrats eller säger upp ditt medlemskap.
- Jag byter mitt medlemskap via en medlemsförening till ett direkt, personligt medlemskap i förbundet
- Jag byter mitt medlemskap via en medlemsförening till ett medlemskap i föreningen: _____
- Jag säger upp mitt medlemskap i föreningen _____ Mina adress- och övriga uppgifter har ändrats

UTKOMSTSKYDD FÖR ARBETSLÖSA (gäller endast de ordinarie medlemmar och studerandemedlemmar som är löntagare)

- Jag vill ansluta mig till **Hälsövärdens arbetslöshetskassa** och befullmäktigar Finlands Fysioterapeuter att sköta medlemsavgiften i kassan i mitt ställe.
Min tidigare arbetslöshetskassa: _____ Jag befullmäktigar Hälsövärdens arbetslöshetskassa att meddela min tidigare kassa om mitt utträde.
Datum för anslutning till tidigare kassa: _____ Datum för utträde ur tidigare kassa: _____
- Jag hör redan till Hälsövärdens arbetslöshetskassa och befullmäktigar Finlands Fysioterapeuter att i fortsättningen sköta medlemsavgiften i kassan i mitt ställe.
- Jag befullmäktigar Hälsövärdens arbetslöshetskassa att överlämna uppgifter om min arbetslöshet till Finlands Fysioterapeuter.

MEDLEMSTYP

- Löntagare
- Arbetsgivare: _____
Arbetsplats: _____
- Sätt att betala medlemsavgiften (gäller endast ordinarie medlemmar): Arbetsgivaren uppstår avgiften från lönen Job betalar den själv
- Har du för närvarande löneinkomster? Ja Nej
- Kollektivavtal som iaktas i din anställning: AKTA Kollektivavtalet för hälsovårdsbranschen AVAINTA Inget
 Någon annat: _____
- Självständig yrkesutövare Ägare av vårdinrättning Militär- eller civiltjänst, under tiden: _____
 Sjukledig Arbetslös Utomlands _____
 Vuxenutbildningsstöd Utanför arbetslivet av annan orsak Familje- eller vårdledighet, under tiden: _____

ORT, DATUM OCH UNDERSKRIFT:

 Mina uppgifter får inte användas för marknadsföring