APTEEKKIEN TYÖNANTAJALIITTO

Tyhjennä lomake

1. Jäsenhakemus

Yrityksemme hakee Apteekkien Työnantajaliiton jäsenyyttä ja sitoutuu noudattamaan sen sääntöjä.

Paikkakunta ja päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Apteekkien Työnantajaliiton jäsenyys tuo automaattisesti Elinkeinoelämän keskusliiton EK:n jäsenyyden.

2. Yritystiedot

Virallinen nimi

Yrityksen virallinen, kaupparekisteriin merkitty nimi.

Nimilyhenne, käyttönimi

Apteekkari

Y-tunnus

Postitusosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Puhelin

Faksi

Sähköposti

www-sivut

3. Yhteystiedot

Yhteyshenkilön nimi

Puhelin

Matkapuhelin

Sähköposti

Yhteyshenkilö = jäsenpostin saaja. Haluttaessa posti useammalle, ilmoitettava nimet ja yhteystiedot.

☐ Haluamme postin myös ruotsiksi

4. Jäsenmaksun määräytymistiedot

Viime vuoden ennakonpidätyksenalaiset bruttopalkat luontoisetuineen ja lomarahoineen (kaikkien työsuhteessa olevien osalta, myös mm. johtajat, ylemmät toimihenkilöt)

_____ (euroa/vuosi)

Viime vuoden keskimääräinen henkilömäärä _____ (henkilöä)

Aloittamispäivä, mikäli yritys on aloittanut kuluvana vuonna _____

Jäsenmaksu perustuu yrityksen edellisen vuoden palkkasummaan. Henkilömäärä ratkaisee yrityksen äänimäärän liittokokouksessa. **Osa-aikaiset** lasketaan täytenä mukaan. **Osan vuotta työskennelleet** lasketaan työkuukausien suhteessa mukaan. **Poissaoleva** (mm. äitiyden, sairauden vuoksi) lasketaan mukaan.

5. Lisätietoja

Hakemus palautetaan osoitteella:
Apteekkien Työnantajaliitto/
Jäsenyhteydet
PL 340, 00131 Helsinki tai
info@apta.fi
tai faksilla (09) 664 616.
Lisätietoja saatte puhelinnumerosta (09) 420 20/Jäsenyhteydet sekä www.apta.fi

APOTEKENS ARBETSGIVARFÖRBUND

Töm blanketten

1. Ansökan om medlemskap

Vårt företag ansöker om medlemskap i Apotekens Arbetsgivarförbund och förbinder sig att följa dess stadgar.

Ort och datum | Underskrift och namnförtydligande

Medlemskap i Apotekens Arbetsgivarförbund medför automatiskt medlemskap i Finlands Näringsliv EK.

2. Uppgifter om företaget

Officiellt namn

Namnförkortning, namn som används

Apotekare

FO-nummer

Postadress

Postnummer | Postanstalt

Telefon | Fax

E-post

www-plats

Företagets officiella, i handelsregistret införda namn.

3. Kontaktuppgifter

Kontaktperson | Telefon

Mobiltelefon | E-post

☐ Vi vill ha post även på finska

Kontaktperson = Den person medlemsposten sänds till.
Om post önskas till flera personer, vänligen meddela namn och adress.

4. Uppgifter för fastställande av medlemsavgiften

Föregående års förskottsbeskattade bruttolöner jämte natura förmåner och semesterpremier (alla anställda, även bl.a. direktörer, högre tjänstemän)

_____ (euro/år)

Anställda i genomsnitt föregående år _____(personer)

Ifall företaget har inlett sin verksamhet i år anges begynnelsedatum _____

Medlemsavgiften bestäms utgående från föregående års lönesumma. Antalet anställda bestämmer företagets röstantal på förbundsmötet. **Deltidsanställd** räknas som en person. Anställd som **arbetat en del av året** tas med i förhållande till antalet månader i arbete. **Frånvarande** (bl.a. p.g.a. moderskapsledighet, sjukledighet) räknas med.

5. Tilläggsuppgifter

Ansökan återsänds under adress:
Apotekens Arbetsgivarförbund/
Medlemsärenden
PB 340, 00131 Helsingfors eller
info@apta.fi
eller per fax (09) 664 616.
Ytterligare uppgifter per telefon
(09) 420 20/Medlemsärenden och
www.apta.fi