

JÄSENLOMAKE

Katso ohjeet kääntöpuolelta!

Liityn: 1. varsinaiseksi jäseneksi Laillistamispäivämäärä: ____ . ____ . ____
 Olen tällä hetkellä liiton opiskelijajäsen
 Olen jo opiskelijajäsenenä palkansaajatyöttömyyskassan jäsen
 2. opiskelijajäseneksi
 3. eläkeläisjäseneksi

Muutosilmoitus jäsenrekisteriin:

Potilasvahinkovakuutukseen liittyminen:

Ilmoitan liittyväni liiton ryhmäpotilasvahinkovakuutukseen ja olen toiminut / aloitan toiminnan itsenäisenä ammatinharjoittajana ____ . ____ . 20 ____ alkaen.

Palkansaajan työttömyyskassailmoitus:

Liityn liiton kautta palkansaajatyöttömyyskassan jäseneksi: kyllä en
 Siirryn _____ työttömyyskassasta _____ kassaan ____ . ____ . 20 ____ alkaen.
 Haluan ammatinharjoittajana säilyttää palkansaajatyöttömyyskassan jäsenyyden: kyllä en

Sukunimi ja etunimet (myös entinen sukunimi):		Henkilötunnus		Äidinkieli:			
Täydellinen kotiosoite, puhelin, sähköposti		Haluan puheterapeutti.fi sähköpostin käyttöni <input type="checkbox"/> _____ . _____ @puheterapeutti.fi					
Työnantaja		Puhelin töihin					
Työpaikka ja toimipiste		Työpaikan täydellinen osoite, sähköposti					
Tehtävänimike		Työsuhteen alkamis-päivä		Työaika / viikko			
Työnantaja <input type="checkbox"/> kunta/kuntayhtymä <input type="checkbox"/> valtio <input type="checkbox"/> yksityinen työnantaja <input type="checkbox"/> ammatinharjoittaja Palkkaus € / kk		Palvelussuhde <input type="checkbox"/> virka <input type="checkbox"/> toimi <input type="checkbox"/> työsuhde <input type="checkbox"/> sijaisuus ____ . ____ . 20 ____ asti <input type="checkbox"/> määräaikainen virka/toimi <input type="checkbox"/> päätoiminen ammatinharj. <input type="checkbox"/> päätoiminen ammatinharj., virkavapaalla <input type="checkbox"/> sivutoiminen ammatinharj. <input type="checkbox"/> päätoiminen opiskelija <input type="checkbox"/> opiskelija, työelämässä Arvioitu liikevaihto € / kk		Toimiala <input type="checkbox"/> terveydenhuolto/ terveystoimi <input type="checkbox"/> sosiaalihuolto/ sosiaalitoimi <input type="checkbox"/> sosiaali- ja terveydenhuolto/-toimi <input type="checkbox"/> opetustoimi <input type="checkbox"/> muu, mikä _____		Toimipiste <input type="checkbox"/> terveyskeskus/ terveyskeskussairaala <input type="checkbox"/> keskussairaala <input type="checkbox"/> yliopistosairaala <input type="checkbox"/> päivahoito <input type="checkbox"/> perheneuvola <input type="checkbox"/> vammaishuolto <input type="checkbox"/> erityiskoulu <input type="checkbox"/> yliopisto <input type="checkbox"/> yksityinen kuntoutuslaitos <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	
Kaksoisjärjestäytyminen akavalaiseen/vastaavaan ulkomaiseen liittoon; <input type="checkbox"/> mikä liitto? ____ . ____ . 20 ____ alkaen		Siirryn kaksoisjärjestäytyneeksi Suomen Puheterapeuttiliittoon ____ . ____ . 20 ____ alkaen					
Opiskelupaikka <input type="checkbox"/> Helsingin yo <input type="checkbox"/> Tampereen yo <input type="checkbox"/> Turun yo <input type="checkbox"/> Åbo akademi		Opintojen alkamisvuosi		Arvioitu valmistumisvuosi <input type="checkbox"/> valtakirja <input type="checkbox"/> itse			
Kiellän jäsenrekisteritietojen sisältämien nimi- ja osoitetietojen luovuttamisen jäsenkunnan ulkopuolisille (Henkilötietolaki 523/1999) <input type="checkbox"/>		Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys					

Suomen Puheterapeuttiliitto ry
 Rautatieläisenkatu 6
 00520 HELSINKI
 puh. (09) 150 2482, faksi (09) 145 397
 www.puheterapeuttiliitto.fi

Liitto täyttää: Hallituksen kokous: ____ / ____ 20 ____ nro ____ /20 ____
 Varsinainen jäsen ____ / ____ 20 ____
 Opiskelijajäsen ____ / ____ 20 ____
 Eläkeläisjäsen ____ / ____ 20 ____
 Liitetty työttömyyskassan jäseneksi ____ / ____ 20 ____