

MEDLEMSANSÖKAN

till nedanstående SACO-förbund och
Akademikernas Erkända Arbetslöshetskassa



Jag vill bli medlem i:

- SRAT Jusek Sveriges Ingenjörer
 Civilekonomerna SSR Annat Saco-förbund _____

1. Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Gata, box e d		c/o
Postnummer och ort	e-postadress	
Utbildning		
Examen	Huvudämne	Examensår
Annan utbildning		

2. Anställning

Nuvarande arbetsgivare	Anställd fr o m (år-mån-dag)			
Anställningsform		antal tim/vecka		
<input type="checkbox"/> tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> heltid	<input type="checkbox"/> deltid	<input type="checkbox"/> timanställd	
<input type="checkbox"/> tidsbegränsad anställning	t o m (år-mån-dag)	antal tim/vecka		
<input type="checkbox"/> tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> heltid	<input type="checkbox"/> deltid	<input type="checkbox"/> timanställd	
Arbetad tid under fem sammanhängande veckor. (Obs! Arbetad tid för ansökningsveckan måste ingå)				
Vecka/timmar	Vecka/timmar	Vecka/timmar	Vecka/timmar	Vecka/timmar
Jag är för närvarande				
<input type="checkbox"/> föräldraledig	<input type="checkbox"/> sjukskriven	<input type="checkbox"/> heltid	<input type="checkbox"/> deltid	
<input type="checkbox"/> studerande				

3. Övergångsbevis för arbetslöshetskassan

<input type="checkbox"/> bifogas	<input type="checkbox"/> lämnas senare
----------------------------------	--

4. Arbetsintyg (fylls i av representant)

Härmed intygas att: ovanstående person är anställd och har arbetat i den omfattning som anges ovan		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
skatt och sociala avgifter betalas av arbetsgivaren i Sverige		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Företagets namn	Representantens intyg:	Datum	
Telefonnummer (inkl riktnr)	Namnteckning		
Organisationsnummer	Namnförtydligande		

5. Avgiftsbetalning

Betalning månadsvis via autogiro (från konto sista bankdagen i månaden)				
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Bankkontonummer	Bankgironummer	PlusGirokontonummer
<input type="checkbox"/> Bankgiro			<input type="checkbox"/> Plusgiro	
Jag medger att uttag får göras från ovan angivna konto för medlemsavgift till ovan angivna SACO-förbund och AEA.				
Med inbetalningskort				
<input type="checkbox"/> helår	<input type="checkbox"/> halvår	<input type="checkbox"/> kvartal	<input type="checkbox"/> Jag önskar komplett försäkringsinformation	

6. Medlemskap

Undertecknad ansöker härmed om medlemskap i ovan angivet SACO-förbund samt Akademikernas Erkända Arbetslöshetskassa (AEA) och godkänner att lämnade uppgifter dataregistreras samt att uppgifter angående medlemskap och ersättningsrätt kan komma att överföras till mitt SACO-förbund.			<input type="checkbox"/> Önskar ej medlemskap i AEA
Datum	Ort	Underskrift	

**Medlemsansökan med eventuella bilagor skickas per post till:
SACO-Posten, 105 00 Stockholm. Eventuella frågor besvaras via saco-posten@posten.se**