

INDMELDSESBLANKET LØNMODTAGER/SELVSTÆNDIG

Blanketten sendes til:

DOBL, Solrød Center 57, 1. th. 2680 Solrød Strand
eller FTFA, Snorresgade 15, 2300 København S.
Du kan også melde dig ind på
www.dobl.dk eller www.ftfa.dk

Personlige oplysninger – skal udfyldes med BLOKBOGSTAVER

Fornavn _____ Efternavn _____
Cpr.nr. — Telefon _____
Stilling _____
Adresse _____ Postnr. _____ By _____
E-mail _____

Ja tak, jeg ønsker at blive medlem af Det Offentlige Beredskabs Landsforbund

Ansættelsesforhold _____

Tjenestested: _____

Ansættelsesdato: _____

Overenskomstansat

Tjenestemandsansat

Indsatsledervagt

Indmeldelsesblanketten kan med fordel vedlægges en kopi af dit ansættelsesbrev og en lønseddel.

Tilmelding til BS i DOBL sker på www.dobl.dk, når du har dit medlemsnummer.



Ja tak, jeg vil gerne meldes ind i FTFA

Jeg er lønmodtager
eller

Jeg driver selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse

Jeg vil forsikres på:

FULD TID – obligatorisk, hvis du arbejder mere end 30 timer om ugen eller er selvstændig eller

DELTID, hvis du arbejder MAX 30 timer om ugen

Jeg er allerede medlem af en a-kasse og ønsker at skifte* til FTFA: Oplys hvilken a-kasse, du er medlem af: _____

Jeg har tidligere været medlem af en a-kasse. Oplys hvilken a-kasse, du har været medlem af: _____

Ja tak, jeg vil tilmeldes til Betalingsservice (BS) og slippe for girokort.

Oplys Reg. nr. _____ Konto nr. _____



Underskrift

Dato _____ Underskrift _____

Ved min underskrift giver jeg samtykke til, at FTFA og Det Offentlige Beredskabs Landsforbund, må behandle, herunder indbyrdes udveksle ovenstående oplysninger. Behandlingen sker med det formål, at indmelde mig i de nævnte foreninger/organisationer.
Jeg erklærer at ovenstående oplysningerne er korrekte, og jeg er indforstået med reglerne for optagelse i Det Offentlige Beredskabs Landsforbund og/eller FTFA.

* Skifter du fra en anden a-kasse følger alle dine rettigheder med – vi klarer det praktiske. Med indmeldelsen giver du os lov til at hente dine medlemsoplysninger fra din nuværende a-kasse.

Udfyldes af Det Offentlige Beredskabs Landsforbund og FTFA

Modtaget af Det Offentlige Beredskabs Landsforbund den _____ Modtaget af FTFA den _____