

Hammaslääkärien työnantajayhdistys ry.
Fabiansgatan 9 B
00130 Helsingfors
fax (09) 622 3050

ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP I HAMMASLÄÄKÄRIEN TYÖNANTAJAYHDISTYS RY

Jag/vi anhåller om att nedanstående arbetsgivare upptas som medlem i
Hammaslääkärien työnantajayhdistys ry.

Arbetsgivarens namn: _____

Adress: _____

E-postadress: _____

Datum och underskrift:
