

Hammasläkäriens työntajayhdisys ry.
Fabiansgatan 9 B
00130 Helsingfors
fax (09) 622 3050

ANSÖKAN OM ANSLUTNING TILL KOLLEKTIVAVTAL

Jag/vi anhåller om att i enlighet med § 4, mom. 1, punkt 1 i lagen om kollektivavtal för tiden 16.2.2005 – 30.9.2007 anslutas till kollektivavtalet som omfattar personalen inom munhälsovården, vilket har slutits mellan Hammasläkäriens työntajayhdistys ry och Tehy ry.

Arbetsgivarens namn: _____

Adress: _____

E-postadress: _____

Datum och underskrift:
