



SKPF
Kansli

Inträdesanmälan

INTRÄDESANMÄLAN

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ Postort: _____

Personnummer: _____ Telefon: _____

Eventuell e-postadress: _____

Jag får idag någon form av pension/permanent sjukersättning

Tidigare arbetsgivare: Kommun, Landsting Annan

Jag är make/maka/sammanboende med medlem i SKPF

Medlemmens namn: _____

Önskemål om anslutning till avdelning: ___ i _____

Anmälningdatum _____ / _____ 20____

Jag samtycker till att mitt personnummer får användas i SKPF:s medlemsregister

Underskrift

Skickas till: SKPF (Svenska KommunalPensionärernas Förbund)
Box 300 88
104 25 STOCKHOLM