



# Ändringsanmälan för företagare

Fyll i blanketten, skriv under och posta den till Vårdförbundet.

\*= obligatorisk uppgift

## PERSONUPPGIFTER Var god texta!

|                         |                         |              |
|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Personnummer*           | Förnamn*                | Efternamn*   |
| Gatuadress*             | Postnummer*             | Postort*     |
| Tel bostad, även riktnr | Tel arbete, även riktnr | Mobiltelefon |
| E-postadress*           |                         |              |

## HÖGSKOLEUTBILDNING INOM DITT YRKE \* (flera alternativ kan lämnas)

|  |                    |  |                                    |
|--|--------------------|--|------------------------------------|
| Jag är utbildad                                  | Avslutad, år/månad | Påbyggnadsutbildning/Specialisering inom ditt yrke | Högre akademiska studier           |
| <input type="checkbox"/> Barnmorska              |                    |  | <input type="checkbox"/> Magister  |
| <input type="checkbox"/> Biomedicinsk analytiker |                    |  | <input type="checkbox"/> Master    |
| <input type="checkbox"/> Röntgensjuksköterska    |                    |  | <input type="checkbox"/> Licentiat |
| <input type="checkbox"/> Sjuksköterska           |                    |  | <input type="checkbox"/> Doktor    |

## UPPGIFTER OM FÖRETAGET

|  |                  |          |  |
|--|------------------|----------|--|
| Organisationsnr*                       | Företagets namn* | Telefon  | Uttagen lön i företaget/mån*<br>_____ kr |
| Företagets adress*                     | Postnummer*      | Postort* |  |
| Besöksadress (om annan än ovanstående) | E-postadress     |          |  |
| Företagets verksamhet                  | Webbadress       |          |  |

## VID ANSTÄLLNING PARALLELLT MED FÖRETAGANDET

|  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| Arbetsgivare*, t ex landsting, kommun, företag | Arbetsplats*, t ex namn på sjukhus |  |  |
| Klinik/avdelning/mottagning                    | Arbetsplatsens specialitet         |  |  |
| Befattning*                                    | Anställning i %*                   | Heltidslön per månad inkl . ev. fasta tillägg (exkl rörliga tillägg som ob, övertid)* _____ kr |  |

## MEDGIVANDE OM LÖNEAVDRAG (gäller anställda inom landsting eller kommun)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jag medger att Vårdförbundet varje månad får dra medlemsavgift från min lön samt avgift för eventuellt medlemskap i Svensk sjuksköterskeförening som då samaviseras med avgiften till Vårdförbundet. Vid förändringar i mina anställningsförhållanden kontaktar jag Vårdförbundet. |
|---|

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

|  |
|--|
|  |
|--|

## OVANSTÅENDE ÄNDRINGAR GÄLLER FRÅN OCH MED

Datum

|  |
|--|
|  |
|--|

## ORT, DATUM, UNDERSKRIFT

|                |              |
|----------------|--------------|
| Ort och datum* | Underskrift* |
|----------------|--------------|

## Hantering av personuppgifter

Information om hur Vårdförbundet hanterar personuppgifter finner du här: [www.vardforbundet.se/personuppgifter](http://www.vardforbundet.se/personuppgifter)

## Medlemsavgifter

Ordinarie medlemsavgift är 295 kr per månad. Om du har en inkomst under 17 000 kr per månad kan du få reducerad avgift. Med inkomst menas uttag av eget företag, lön samt till exempel sjukpenning och arbetslöshetsersättning inklusive inkomstförsäkring. Övertidsersättning, ob och jourersättning räknas inte in. När du fått ändrad inkomst ska du meddela det till Vårdförbundet. Speciella regler gäller vid helt föräldraledig och sjukersättning. Ta kontakt med Vårdförbundet om du har frågor.

### Medlemsavgifter

#### Vårdförbundet

|                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| Ordinarie medlemsavgift   | 295 kr/månad                |
| Pensionär                 | 360 kr/år                   |
| Student i grundutbildning | 150 kr för hela studietiden |

#### Speciella regler gäller vid:

- inkomster under 17 000 kr/månad
  - helt föräldraledig
  - sjukersättning
- } Ta kontakt med Vårdförbundet.



Vårdförbundet  
Adolf Fredriks Kyrkogata 11  
Box 3260, 103 65 Stockholm  
Tel 0771-420 420  
[www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)