



# Ändringsanmälan

Du kan också göra dina ändringar direkt på [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)  
Ändringar av medlemsavgiften och/eller betalningssätt sker normalt från månaden efter att du anmält nya uppgifter.

\* = obligatorisk uppgift

## Personuppgifter. Var god texta

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

## Högskoleutbildning inom ditt yrke \* (flera alternativ kan lämnas)

| Jag är utbildad   | Avslutad, år/månad                 | Specialistutbildning               |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barnmorska                     | .....                              | .....                              |
| <input type="checkbox"/> Biomedicinsk analytiker        | .....                              | .....                              |
| <input type="checkbox"/> Röntgensjuksköterska           | .....                              | .....                              |
| <input type="checkbox"/> Sjuksköterska                  | .....                              | .....                              |
| <input type="checkbox"/> Akademisk ledarskapsutbildning | .....                              | .....                              |
| Högre akademiska studier                                | <input type="checkbox"/> Magister  | <input type="checkbox"/> Master    |
|   | <input type="checkbox"/> Licenciat | <input type="checkbox"/> Doktor    |
|   | <input type="checkbox"/> Docent    | <input type="checkbox"/> Professor |

## Anställning

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Arbetsgivare *, t.ex. landsting, kommun, företag | Arbetsplats *, t.ex. namn på sjukhus |
| Klinik/avdelning/mottagning *                    | Arbetsplatsens specialitet           |
| Befattning *                                     |                                      |

## Lön och annan ersättning

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Anställningen i procent * | Heltidslön per månad inkl ev fasta tillägg (exkl rörliga tillägg som ob, övertid)* |
|---------------------------|--|

## Om du är helt eller delvis tjänstledig från din anställning – fyll i nedanstående

|   |   |   |
|---|---|---|
| Orsak till tjänstledighet                       | Omfattning i procent  | Från år/månad till år/månad                   |
| Från försäkringskassan varje månad (före skatt) | Från a-kassa och ev. inkomstförsäkring (per mån.före skatt) | Studielön/utb. bidrag (före skatt)            |
|   |   | Studiemedel från CSN <input type="checkbox"/> |

## Medgivande om löneavdrag (gäller anställda inom landsting och kommun)

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* |
|----------------|--------------|

Glöm inte att skriva under ändringsanmälan!

## Medlemsavgiften

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 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 Direkt om du har frågor, 0771-420 420.

## Hantering av personuppgifter

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

Fyll i blanketten, vik och tejpa ihop den och posta den. Kom ihåg att skriva under ändringsanmälan!  
Du kan också lägga blanketten i ett ofrankerat kuvert och skriva:  
Vårdförbundet  
Svarspost  
Kundnummer 110659500  
110 03 Stockholm

2018-12-10, VF607002

vik här

**B**

Frankeras ej.  
Mottagaren  
betalar  
portot.

**Vårdförbundet**  
**SVARSPOST**  
**Kundnummer 110659500**  
**110 03 Stockholm**