

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> Ny	<input type="checkbox"/> Avgår	<input type="checkbox"/> Ändring	
<input type="checkbox"/> Försäkringsinformatör	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Materialmottagare	<input type="checkbox"/> Ombudsman

Jag vill få information och anmäla mig till utbildningarna via:

<input type="checkbox"/> E-post + anmäla mig via webben
<input type="checkbox"/> Vanligt brev + anmälan via vanligt brev

Vi ber dig ta del av informationen om Personuppgiftslagen (PUL) som du hittar [här](#).

Personuppgifter

Förnamn och efternamn	Personnummer
Bostadsadress	Telefon arbete (även riktnr)
Postnummer Ortnamn	Mobiltelefon
E-postadress	Telefon bostad (även riktnr)

Arbetsgivare/arbetsplats

Arbetsgivare	Telefon (även riktnr)
Företag/organisation	
Adress	Postnummer Ortnamn

Tillhörighet

<input type="checkbox"/> AkademikerAlliansen	<input type="checkbox"/> Kommunal (se även nedan)	<input type="checkbox"/> OFR
Förbund		
Region/avdelning	Sektion/avdelning/lokalförening	

Intyg av förbundet/avdelningen

Datum	Namnsteckning	Telefon (även riktnr)
-------	---------------	-----------------------

Fylls i för Kommunals Försäkringsinformatörer

Informationsuppdrag Kryssa för samtliga informationsuppdrag som Försäkringsinformatören/rådgivaren i fortsättningen ska utbildas för

Avtalsområde	<input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> KAP	<input type="checkbox"/> LO
Tag bort	<input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> KAP	<input type="checkbox"/> LO
Lägg till	<input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> KAP	<input type="checkbox"/> LO

F1040 10.09