|  |  |
| --- | --- |
| Företagets namn  | Företagets marknadsnamn |
| Organisationsnr / Personnr  | Telefonnummer  | Telefaxnummer  |
| E-post till företaget  |
| VD namn  | E-post till VD  |

|  |
| --- |
| **Ovan företag önskar härmed bli bundet av kollektivavtal och begär därmed inkoppling på****avtal mellan Kompetensföretagen och Läkarförbundet**. ………....……………………………… Ort och datum………………………………………………………………. ……………………………………………………………………... Underskrift av behörig firmatecknare Namnförtydligande |
| **Kansliets anteckningar**  | **Klart** |
| Inkom (datum) | [ ]  |
| Klart för inkoppling (datum) | [ ]  |
| Inkopplingshandlingar skickade (datum) | [ ]  |
| Inkopplingshandlingar i retur (datum) | [ ]  |
| Bekräftelse till företaget (datum) | [ ]  |
| Registrerat i Tellus (datum) | [ ]  |
| **Avtalet är giltigt fr.o.m.****Ansökan skickas till:**KompetensföretagenBox 555 45102 04 STOCKHOLM | Telefon: 08-762 69 00 | Telefax: 08-762 69 48 |