

Inntökubeiðni

Ég undirrituð/undirritaður óska hér með eftir að verða félagsmaður í Eflingu-stéttarfélagi og lofa að fylgja lögum þess og samþykktum.



Sætúni 1
105 Reykjavík
Sími: 510 7500
Fax: 510 7501
www.efling.is

Kennitala: _____

Nafn: _____

Heimili: _____ Póstnúmer: _____

Heimasími: _____ Vinnusími: _____

Vinnustaður: _____ Starfssvið: _____

Netfang: _____

Reykjavík, _____ 20 _____

Undirskrift