Aleksanterinkatu 15, PL 747, 33101 TAMPERE **ANSÖKAN OM ÅTERBETALNING**

puh. 03 252 0400, Fax 03 252 0210 **AV KONFLIKTKASSAAVGIFTER**

www.sahkoliitto.fi [www.facebook.com/Sahkoliitto](http://www.facebook.com/Sahkoliitto)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medlemmens namn** | |  | | | | | | | | | | | **Personnummer** | |  |
| **Mobiltelefon** | | |  | | | | | | | | | **E-postadress** | |  | |
| **Närdress** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Postnummer och postanstalt** | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Bankkontonummer** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Skatteprocent** | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **Orsak till avgång** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Avgångsdatum** | | | | | | | **.   20** | | | | | | | | |
| **.   20** | | | | | | | |  | |  | | | | | |
| **Datum för underskrift** | | | | | | | | | | | **Ansökares underskrift** | | | | |

Ansökningen skickas **DIREKT TILL FÖRBUNDET:**

**1.** Medlem går i ålderdomspension, förtidspension eller invaliditetspension.

Det behövs alltid en kopia av pensionsbeslutet (förhandsbeslut eller tidsbundet pensionsbeslut berättigar inte till återbetalning) och en kopia av skattekortet.

Ifall arbetsgivaren har inkasserat medlemsavgiften direkt från lönen, skall också det senaste lönebeskedet bifogas.

**2.** Medlem har avlidit. (Anhöriga har rätten att ansöka konfliktkassaavgifterna utan ränta).

En kopia av skattekortet skall bifogas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ansökningen skickas **TILL AVDELNINGSSTYRELSEN:** | | | | |
| **1**. Om medlemmen börjar arbeta inom en annan avtalsbransch, där förbundet inte har kollektivavtal. | | | | |
| Ett intyg om arbetsbeskrivningen, och ett utdrag ur handelsregistret eller näringsanmälningen om det gäller företagare, samt en kopia av skattekortet skall bifogas i ansökningen. | | | | |
|  | | |  |  |
| **Avdelningens namn Avd.nr.** | | | | |
|  | | | | |
| **AVDELNINGENS BESLUT** | | | | |
| Avdelningsstyrelsen har behandlat ansökan om återbetalning på sitt möte och | | | | |
|  | | | | |
| tillstyrker  återbetalningen av konfliktkassaavgifterna | | | | |
|  | | | | |
| tillstyrker inte  återbetalningen av konfliktkassaavgifterna | | | | |
|  | | | | |
|  |  |  | | |
| Avdelningens ordförande |  | Avdelningens kassör | | |

**BILAGOR TILL ANSÖKNINGEN:**

Kopia av pensionsbeslutet

Kopia av skattekortet (om det inte är bifogat, är skatteavdraget 60 %)

Kopia av det sista lönebeskedet

Intyg om arbetsbeskrivning

Kopia av utdraget ur handelsregistret eller näringsanmälningen