

ANSÖKAN OM MEDLEMSAVGIFTSBEFRIELSE

Namn _____

Personsignum _____

Jag ansöker om befrielse
för tiden _____ / _____ 20__ - _____ / _____ 20__
_____ / _____ 20__ - _____ / _____ 20__

ORSAK TILL BEFRIELSE

- * sjukdom, får ej sjuktidens lön
- * arbetslös, får dagpenning via FPA
- * studier
- * moderskaps-, faderskaps-, föräldra-, vårdledighet
- * värnplikt
- * inhemskt förbund
- * nordisk sjömansförbund
- * invaliditetspension
- * tjänsteledig, orsak
- * egen semester
- * annan orsak

MYNDIGHETBEVIS BÖR ALLTID BIFOGAS TILL ANSÖKAN (en kopia)

- * FPA:s beslut om dagpenning (sjuk, arbetsmarknadsstöd, familjeledig)
- * läkarintyg
- * studieintyg
- * truppavdelningens intyg om värnplikt
- * medlemsbevis från tidigare förbund
- * övergångsbevis från andra nordiska länder

OBS! AV SKATTBARA INKOMSTER UNDER BEFRIELSETIDEN MÅSTE MEDLEMSAVGIFTEN BETALAS

_____, _____ / _____ 20__
Plats och datum

Underskrift