



## Anmälan om fackligt förtroendevald

Vänligen texta tydligt och använd ej blyertspenna. Kryssa för det uppdrag som valet avser.

Datum: \_\_\_\_\_

- Arbetsplatsombud – 2år  
 Försäkringsinformatör – 3år

### Fakta om den som valts:

Namn	
Personnummer	
Adress	
Postnummer	Postort
Telefon	Mobil
E-post	
<b>Underskrift</b>	

Arbetsgivare	
Arbetsplats	
Organisationsnummer	
Adress	
Postnummer	Postort



## HOTELL- OCH RESTAURANGFACKET

Var god fyll i namn och personnummer från de anställda HRF medlemmar på arbetsplatsen som valt ovanstående HRF medlem till fackligt förtroendeuppdrag.

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

Blanketten skickas till din lokala HRF avdelning. Kontaktuppgifter finns på [www.hrf.net](http://www.hrf.net).

Avdelning
LO distrikt