**\* obligatoriska uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Företagets namn \* | Företagets marknadsnamn |
| Organisationsnr / Personnr \* | Start datum för bemanningsverksamheten \* |
| Adress \* | Postnummer \* | Ort \* |
| Besöksadress \* | Telefonnummer \* | Telefaxnummer \* |
| Webbadress | 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 Vårdförbundet**. ………....……………………………… Ort och datum………………………………………………………………. ……………………………………………………………………... Underskrift av behörig firmatecknare Namnförtydligande |
| **Kansliets anteckningar**  | **Klart** |
| Inkom (datum) | [ ]  |
| Förhandsbesked från Collectum (datum) | [ ]  |
| Företaget kontaktat av förhandlare (namn och datum) | [ ]  |
| Klart för inkoppling (datum) | [ ]  |
| Inkopplingshandlingar skickade (datum) | [ ]  |
| Inkopplingshandlingar i retur (datum) | [ ]  |
| Bekräftelse till företaget (datum) | [ ]  |
| Registrerat i Tellus (datum) | [ ]  |
| **Ansökan skickas till:**KompetensföretagenBox 555 45102 04 STOCKHOLM | Telefon: 08-762 69 00 | Telefax: 08-762 69 48 |