**\* 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:**  Kompetensföretagen  Box 555 45  102 04 STOCKHOLM | Telefon: 08-762 69 00 | Telefax: 08-762 69 48 | | |