

**PERSONUPPGIFTER (TEXTA TYDLIGT - BLANKETTEN DATABEHANDLAS)**

EFTERNAMN	FÖRNAMN	PERSONNUMMER
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C/O ADRESS (INNEBOENDE HOS)	TELEFON HEM	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
UTDELNINGSDRESS	TELEFON MOBIL	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
POSTNUMMER	ORT	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-POST	INTRÅDE SÖKS FR.O.M. 1:A, MÅNAD, ÅR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**ADRESS TILL EVENTUELLT ELEVBOENDE**

**SKOLA:**

NAMN	ORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FULLSTÄNDIG ADRESS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
PROGRAM	PROGRAMLÅNGD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PÅBÖRJAT ÅR	AVSLUTAS ÅR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jag godkänner att lämnade uppgifter registreras och används i syfte att tillvarata mina intressen som medlem och har samband med mitt medlemskap, samt att uppgifterna vid utträde på grund av övergång lämnas till det nya förbundet.

**UNDERSKRIFT**

ORT OCH DATUM	UNDERSKRIFT
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIVSMEDELSARBETAREFÖRBUNDET, Box 1156, 111 81 STOCKHOLM