

Hammaslääkärien työnantajayhdistys ry.
Fabianinkatu 9 B
00130 Helsinki
fax (09) 622 3050

HAKEMUS LIITTYMISESTÄ
HAMMASLÄÄKÄRIEN TYÖNANTAJAYHDISTYS RY:N
JÄSENEKSI

Pyydän/pyydämme, että alla oleva työnantaja
hyväksytään Hammaslääkärien työnantajayhdistys ry:n jäseneksi.

Työnantajan nimi: _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Päiväys ja allekirjoitus:
