**LIIKMEKS ASTUMISE AVALDUS**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perenimi |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Isikukood |  |
| Tööandja |  |
| Ametikoht |  |
| Tööandja |  |
| Ametikoht |  |

\*Lisa tööandja kelle juures soovid saada AÜ esindatust.

Soovin astuda Eesti Erakorralise Meditsiinis Töötajate

Ametiühingu (EEMTA) liikmeks, et ühiselt tegutsedes kaitsta

liikmete huvisid.

Kohustun täitma EEMTA põhikirja ja tasuma õigeaegselt

liikmemaksu.