**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.