

E L Ä K E L Ä I S- T A I U L K O J Ä S E N E N E R O I L M O I T U S  
(Sääntöjen 5 §:n 2 mom.)

JÄSENEEN NIMI : \_\_\_\_\_

HENKILÖTUNNUS : \_\_\_\_\_

LISÄTIETOJA : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PAIKKA JA AIKA : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_

ALLEKIRJOITUS : \_\_\_\_\_

-----  
SAIRAUSKASSAN MERKINTÖJÄ:

PUHELINILMOITUS : \_\_\_\_\_  
ilmoituksen vastaanottaja