

Bestillingsskjema Advokatforeningen



Virksomhet/Organisasjon Vennligst fyll ut

Virksomhet/Organisasjon	
Adresse	
Postnummer og poststed	
Kontaktperson	
Telefon	Telefax

Organisasjonsnummer	
Start dato	Ønsket hovedforfallsdato
E-post	

Arbeidsgivererklæring

Firma: _____ Org.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Undertegnede erklærer herved at samtlige medarbeidere – ved inntredelse i ovenfornevnte forsikringsordning den _____ – er fullt arbeidsdyktige

Videre bekreftes at de forannevnte medarbeidere ikke er sykmeldt, hverken helt eller delvis.

Sykmeldte medarbeidere vil bli innmeldt i forsikringsordningen, når friskmelding foreligger og medarbeideren er tilbake i fullt arbeid.

_____ den / 20____ Underskrift: _____

Liste over ansatte som skal være med i forsikringen vedlegges. Husk fullt navn og fødselsnummer (11 siffer).

Underskrift

Dato
Firmaunderskrift
Navn med blokkbokstaver