

Skicka blanketten till
 SPK
 Box 54
 101 21 Stockholm

SPK-nummer

Personuppgifter

Namn				Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Tjänstledig fr o m (åååå-mm-dd)	Månadslön kr	Tillägg kr/mån	Förmån kr/mån	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m (åååå-mm-dd)

Försäkring

SPK-försäkringen skall

avse endast riskskyddet (sjuk- och efterlevandepension). upphöra under tjänstledigheten.

Anmärkingar

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum (åååå-mm-dd)	Underskrift
Telefonnummer eller e-postadress	Namnförtydligande

SPK likställer ett pappersoriginal med en elektronisk kopia som är undertecknad av berörda parter. SPK förbehåller sig rätten att begära in originalhandling i förekommande fall även om en elektronisk kopia har inkommit.

Handlingen kan mailas krypterat till spk@spk.se eller skickas med post.

ID kod

SPKTCAA7