



Intyg om anställning

Reviderad 2016-05-09
Sida 1 (av 1)

NAMN	PERSONNUMMER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ADRESS	POSTNUMMER	ORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON	E-POSTADRESS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Härmed intygas att ovanstående person har arbete enligt nedanstående

Fylls i av arbetsgivare

FÖRETAGETS NAMN	ORGANISATIONSNUMMER	INNEHAR F-SKATTSEDEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	
ADRESS	POSTNUMMER	ORT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONNUMMER	E-POSTADRESS	FÖRETAGETS ÅRSOMSÄTTNING	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ANSVARIG KONTAKTPERSON	DIREKTNUMMER/MOBILNUMMER	E-POSTADRESS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ANSTÄLLNINGSFORM	BEFATTNING		
<input type="checkbox"/> Tillsviareanställning <input type="checkbox"/> Visstidsanställning <input type="checkbox"/> Projektanställning	<input type="text"/>		
TJÄNSTGÖRINGSGRAD %	VARAKTIGHET FR O M	VARAKTIGHET T O M	MÅNADSLÖN KR/MÅN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖVRIGA UPPLYSNINGAR			
<input type="text"/>			

ORT OCH DATUM

UNDERSKRIFT AV ANSVARIG KONTAKTPERSON PÅ FÖRETAGET SAMT FÖRETAGSSTÄMPEL

.....

NAMFÖRTYDLIGANDE

LÄMNAD E UP PGIFTER KOMMER ATT KONTROLLERAS HOS SKATTE-
MYNDIGHETEN

Ofullständig eller oriktigt ifylld blankett kommer inte att behandlas
Komplett ansökan skickas av arbetsgivaren till:

AB Gavlegårdarna
Box 456
801 06 Gävle