



Valget omfatter ansatte på BUPL-overenskomst i følgende institution:

Institutionens stempel:

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

Postnr./by: _____

Mail: _____

Selvejende Kommunal

Kommune: _____

Valget er foretaget den / 20

Som tillidsrepræsentant er valgt:

Navn: _____

Privatadr: _____

Postnr./by: _____

Tlf. privat: _____

Evt. mobil: _____

CPR-nr: _____

Arbejdsplads: _____

Tlf. arb. (+ evt. lokalnr.): _____

TR's mailadr. på arbejdsplads: _____

Nyvalg Genvalg

Tidligere TR

Navn: _____

CPR.nr. _____

Som suppleant er valgt:

Navn: _____

Privatadr: _____

Postnr./by: _____

Tlf. privat: _____

Evt. mobil: _____

CPR-nr: _____

Arbejdsplads: _____

Tlf. arb. (+ evt. lokalnr.): _____

TR's mailadr. på arbejdsplads: _____

Nyvalg Genvalg

Tidligere TR-suppleant

Navn: _____

CPR-nr: _____

Udfyldes af BUPL

Valg af tillidsrepræsentant/suppleant anmeldes hermed i henhold til TR-reglerne.

Den / 20

For organisation _____

