# EESTI ERAKORRALISE MEDITSIINI TÖÖTAJATE AMETIÜHING

## LIIKMEKS ASTUMISE AVALDUS

### 1. ISIKUANDMED

Ees- ja perenimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Isikukood: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. TÖÖKOHT

Tööandja nimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Töökoht/asutus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ametinimetus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 3. AVALDUS

Soovin astuda Eesti Erakorralise Meditsiini Töötajate Ametiühingu (EEMTA) liikmeks, et ühiselt tegutsedes kaitsta töötajate huve. Kohustun järgima EEMTA põhikirja ja tasuma liikmemaksu vastavalt kehtestatud korrale.

Liikmemaks sõltub ametikohast – täpsem info: [www.eemta.ee/liitumine](https://www.eemta.ee/liitumine/)

📌 Annan nõusoleku oma isikuandmete töötlemiseks EEMTA liikmeks registreerimise ja liikmelisuse haldamise eesmärgil.

Kuupäev: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Allkiri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

📩 Küsimuste korral kirjuta: info@eemta.ee