



FPK
Box 18
101 20 STOCKHOLM

ANMÄLAN OM AVGÅNG UR TJÄNST

Ifylles av arbetsgivaren

Namn	Personnummer	PM-nr.
Bostadsadress	Postnummer, Ort	

Avgår den.....från sin tjänst.

Ev övriga upplysningar

.....

.....

Arbetsgivarens underskrift

Handläggare	Telefon	Underskrift
Företagsnamn	Datum	