



ARBETARNAS
BILDNINGSFÖRBUND

ANMÄLAN - BAM

Skyddsombudsutbildning

Kursdatum:

Namn:

Telefon:

Adress:

Postadress:

Personnummer:

Mailadress:

Facklig organisation:

Fylles i av arbetsgivaren.

Utbildningens innehåll är sådant att förtroendemannalagen §7 gäller. Arbetsgivaren betalar lön för utbildningstiden samt deltagaravgift. Faktura sändes till arbetsgivaren efter avslutad utbildning.

Arbetsplatsens namn samt Faktureringsadress:

KONTAKT:

ABF Skellefteå
Medleforsvägen 2
93145 Skellefteå

0910-777155
info.skelleftea@abf.se
www.skelleftea.abf.se

Anmälan måste vara ABF tillhanda 3 Veckor innan kursstart!
Lämna eller sänd Din anmälan till

ABF Skellefteå
Medleforsvägen 2
93145 Skellefteå
Tel: 070-691 85 21, 0910-77 71 55
Mail: magnus.nilsson@abf.se