

# Sveriges Fartygsbefälsförening

## Ansökan om avgiftsreducering

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnr	Ort
Tel bostad	Tel arbete	
Senaste befattning	datum fr.o.m - t.o.m	Arbetsgivare

**Undertecknad ansöker om reducereing av avgiften med anledning av :**

**Ange aktuell inkomst:**

- Försäkringskassa kr/brutto/månad \_\_\_\_\_  
Pension och/eller sjukpenning
- A-kasse ersättning kr/brutto/månad \_\_\_\_\_
- Periodiskt underhåll tel : \_\_\_\_\_ kr/brutto/månad \_\_\_\_\_
- Inkomst av tjänst kr/brutto/månad \_\_\_\_\_
- Arbetsgivarens namn: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_
- Annan inkomst kr/brutto/månad \_\_\_\_\_
- Helt utan inkomst

**Återsändes till:** Sveriges Fartygsbefälsförening  
Gamla Brogatan 19, 2 tr  
111 20 Stockholm

Datum	Underskrift
-------	-------------

Tillstyrkes <input type="checkbox"/>	Avstyrkes <input type="checkbox"/>	Ombudsman _____
Avgiftsreducering till _____ kr/mån fr o m _____ t o m _____		Sign _____