



Gavlegårdarna

# INTYG OM ANSTÄLLNING

Reviderad 2012-10-04

NAMN	PERSONNUMMER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ADRESS	POSTNUMMER ORT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-POST	TELEFONNUMMER	MOBILTELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HÄRMED INTYGAS ATT OVANSTÅENDE PERSON HAR ARBETE ENLIGT NEDANSTÅENDE

Ifylles av arbetsgivare

FÖRETAGETS NAMN	ORGANISATIONSNUMMER	INNEHAR F-SKATTSEDEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
ADRESS	POSTNUMMER ORT		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELEFONNUMMER	E-POST	FÖRETAGETS ÅRSOMSÄTTNING	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ANSVARIG KONTAKTPERSON	DIREKTNUMMER/MOBILNUMMER	E-POST	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ANSTÄLLNINGSFORM	BEFATTNING		
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning <input type="checkbox"/> Visstidsanställning <input type="checkbox"/> Projektanställning	<input type="text"/>		
TJÄNSTGÖRINGSGRAD, %	VARAKTIGNHET, FR O M	VARAKTIGNHET, T O M	MÅNADSLÖN, KR/MÅN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖVRIGA UPPLYSNINGAR	<input type="text"/>		

Gävle den (ÅÅÅÅMMDD)

UNDERSKRIFT AV ANSVARIG KONTAKTPERSON PÅ FÖRETAGET SAMT FÖRETAGSSTÄMPEL

NAMNFÖRTYDLIGANDE

**LÄMNAD ETT OUPPFYLLETT INTYG KOMMER ATT KONTROLLERAS HOS SKATTEMYNDIGHETEN**

**Ofullständig eller oriktigt ifylld blankett kommer inte att behandlas**

**Komplett ansökan skickas av arbetsgivaren till:**

AB Gavlegårdarna

Box 456

801 06 Gävle