|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NamnHermansson Per Arne |  | Anställningsnummer  |
| Bolag |  | Avdelning |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hemadress  |  | Postnummer, ort  |
| Bostadstelefon  |  | Mobiltelefon  |

Om det skulle hända mig något på min arbetsplats, vill jag att kontakt tas med någon av nedanstående personer:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn | Relation | Telefon dagtid | Telefon övr tid | Mobiltelefon |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Övrig information som kan vara av värde vid eventuell krissituation (medicin, allergi och dylikt):  |

|  |
| --- |
| Datum |
| Underskrift medarbetare |
| Namnförtydligande  |

Ifylld blankett skickas till HR/Lönekontoret (på Mälarhuset).