

## PALVELUSUHDETODISTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖ- JA TOIMIJA KORTTIEN TILAAMISEKSI VALTUUTUKSELLA

Toimittakaa tämä kertaluonteinen asiakirja valtuuttamaanne rekisteröintipisteeseen,  
jossa se arkistoidaan yhdessä korttihakemusten kanssa 10 vuoden ajaksi

**HAKIJAN JA KORTTITYYPIN TIEDOT**
**Korttityypit: H = Henkilöstökortti ja T = Toimijakortti, lisävalintana M = Maksullinen sopimustuote**

H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
H	T	M	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Sähköposti	Organisaation nimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**PALVELUSUHDETODISTUKSEN / VALTUUTUKSEN ANTAJAN TIEDOT (HAKIJAN LÄHIN ESIMIES)**

Sukunimi	Etunimet	Titteli/Toimenkuva	Puhelinnumero	Organisaation nimi	Organisaation Y-tunnus
Organisaatioyksikön nimi (ei pakollinen)			Osoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Aika ja paikka	Palvelusuhdetodistuksen / Valtuutuksen antajan allekirjoitus (Palvelusuhdetodistuksen antavan organisaation esimies vastaa palvelusuhdetietojen oikeellisuudesta.)				