

Fullmakt för Östra Nylands välfördsområde/handikappservice för skötsel av arbetsgivar skyldigheter

Jag, _____ (förnamn efternamn)

_____ (personbeteckning), bemyndigar Östra Nylands välfördsområde/handikappservice och fo-nummer 3221339-3 att sköta alla arbetsgivar skyldigheter som gäller utbetalning av lön till den personliga assistent som jag anställt, inklusive tecknande och skötsel av lagstadgade försäkringar samt eventuell överföring och avslutande av lagstadgade försäkringar.

Lagstadgad företagshälsovård

Genom denna fullmakt befullmäktigar jag Östra Nylands välfördsområde att göra upp avtal om företagshälsovård med den serviceproducent av företagshälsovård som har anvisats av välfördsområdet. Östra Nylands välfördsområde ansvarar för kostnaderna, och ansöker om ersättning för företagshälsovårdskostnaderna hos Folkpensionsanstalten på välfördsområdets vägnar.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande
