

Försäkrad

Namn	Personnummer
------	--------------

Ändring

Jag önskar upphöra med min löneväxling från och med	(år och månad)
---	----------------

Underskrift

Datum	Telefon dagtid (inkl riktnummer)	E-postadress
Underskrift	Namnförtydligande	

Blanketten skickas till ditt lönekontor.