

Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.

Fylls alltid i												
Organisationsnr								Arbetsgivarnr/Kundnr				

Anges med 12 siffror

Anges med 8 siffror



Arbetsgivarens namn							Arbetsgivarens organisationsnr					
Kontaktperson				E-post			Telefonnummer					
Postadress												

Utbildningsleverantör							Utbildningsleverantör organisationsnr					
Kontaktperson				E-post			Telefonnummer					

Utbildningsleverantören har tecknat kollektivavtal för sina anställda.

**Ansökan gäller följande typ av kompetensutveckling**

Antal	Nivå	Utbildning	Kostnad

Bifoga kursinformation samt motivering till hur ni anser att utbildningen stärker anställningstryggheten för er personal.

**Ansökan gäller följande kursdeltagare**

Namn	Namn	Namn

Ovanstående kursdeltagare omfattas av AFO-Handels avtal för tjänstemän.

Vi ansöker härmed om bidrag för kompetensutveckling enligt ovanstående, som enbart omfattar anställda på AFO-Handels tjänstemannaavtal. Det sökta beloppet för kalenderåret understiger villkorets maxgränser för vår organisation.

**För arbetsgivaren**

**För Handelsklubben**

.....  
Ort och datum

.....  
Ort och datum

.....  
Underskrift

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Namnförtydligande