

**SUOSTUMUKSEN ANTAMINEN VÄLITYSLIIKKEEN VASTAAVAN HOITAJAN TEHTÄVÄÄN****1. Välityслиikkeen tiedot**

Nimi	Y-tunnus
------	----------

**2. Vastaavan hoitajan tiedot**

Täydellinen nimi	Henkilötunnus
------------------	---------------

Suostun yllämainitun liikkeen vastaavan hoitajan tehtävään.

**3. Allekirjoitus**

Päiväys	Omakätinen Allekirjoitus
<hr/>	
Nimenselvennys	

Aluehallintovirastojen yhteystiedot ([www.avi.fi](http://www.avi.fi))

[Aluehallintovirastojen yhteystiedot](http://www.avi.fi)