MEDLEMSLISTA

Nr:…….…. År:……..…

Från: ……..……..Skog och Ungdom-avdelning,

i……..……..……distrikt.

Förbundet Skog och Ungdom
Stora Malmsv. 7, 641 50 Katrineholm
Tel: 072-853 23 62
forbundet@skogochungdom.se
Bg: 167 - 0132

Namn	Adress	Postnummer	Postadress	Telefon	Födelsedatum År. mån. dat.	Kryssa Flicka	Kryssa Pojke	Betalnings-datum
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			
					, , , , ,			

[ ] Inbetalning har skett via ……..…… (ange kontotyp) den:……..

[ ] Vi önskar faktura

Uppgiftslämnare: ……... Datum:……..……

Namnförtydligande: …….. Tel. dagtid: …….

Uppgifterna i färgade kolumner är obligatoriska.

Kontonummer (även clearnr): ……..……..……..