

# **BORGÅ SVENSKA KÖPMANNAFÖRENING RF**

## **ANSÖKAN till UNDERSTÖDANDE medlem**

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Född: \_\_\_\_/\_\_\_\_19\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

-----

Ansökan godkänd: \_\_\_\_\_

Medlemsavgift: \_\_\_\_\_