

BORGÅ SVENSKA KÖPMANNAFÖRENING RF

ANSÖKAN om PERSONMEDLEMSKAP

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Född: ____/____19__

Underskrift: _____

Datum: _____ Ort: _____

Ansökan godkänd: _____

Medlemsavgift: _____