

BORGÅ SVENSKA KÖPMANNAFÖRENING RF

ANSÖKAN om FÖRETAGSMEDLEMSKAP

Företagets namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Innehavare/Kontaktperson: _____

Född: ____ / ____ 19 ____

Innehavare/Kontaktperson: _____

Född: ____ / ____ 19 ____

Bransch: _____

Antal butiker: _____ Antal anställda: _____

Företaget grundat: _____

Underskrift: _____

Ort: _____ Datum: _____

Ansökan godkänd: _____

Medlemsavgift: _____