



KONTAKTUPPGIFTER

Förnamn _____

Efternamn _____

Födelsedatum _____

Medlem fr.o.m. _____

Orsak aniridi anhörig

 stödjande annat, vad:

Medlem t.o.m _____

Orsak avliden flyttat annat, vad

Gatuadress _____

Postnummer _____

Postanstalt _____

Hemkommun _____

Land _____

Telefon, hem _____

Telefon, arbete _____

Mobil _____

E-post _____

Modersmål Svenska: Finska: Annat: _____

Kön Man Kvinna:

Övrigt att notera: _____

Dessa fylls i av registratorn:

REGISTRERINGSDATUM: _____

REGISTRERINGSNUMMER: _____

Medlemsavgift: