

1. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

2. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

3. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

4. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

5. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

6. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

7. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

8. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

9. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

10. NAMN: ADRESS:
 TEL: E-POST:
 FÖDD (år, månad, dag): AVGIFT: Kr KILLE TJEJ NY MEDLEM BET.

Fyll i, skicka sedan in den till oss. Det går även bra att mejla in alla uppgifter.

**Kronköpinge Vi Unga distrikt
 Norra Esplanaden 47
 352 32 VÄXJÖ
info@viunqa.com**

FÖRENINGSKASSÖRENS UNDERSKRIFT: DATUM:

.....