

Föreningsblankett

Demensföreningens namn:		Datum:	
Ordförande*			
.....			
Namn:			
.....			
Adress:			
.....			
Mobil :		E-post:	
Vice Ordförande*			
.....			
Namn:			
.....			
Adress:			
.....			
Mobil:		E-post:	
Sekreterare*			
.....			
Namn:			
.....			
Adress:			
.....			
Mobil:		E-post:	
Kassör*			
.....			
Namn:			
.....			
Adress:			
.....			
Mobil:		E-post:	
Startår	Kontaktuppgifter föreningslokal		
Organisationsnummer	Plus Giro, Bankgiro		

* Genom föreningsblankett ger jag samtycke till att kontaktuppgifterna ovan får publiceras på Demensförbundets hemsida. Jag kan när som helst kontakta Demensförbundets kansli om jag vill ändra eller ta bort mina uppgifter.

.....
Namnteckning ordförande

.....
Namnteckning vice ordförande

.....
Namnteckning sekreterare

.....
Namnteckning kassör

.....
Flik 6