



ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP

NAMN Släktnamn: _____

Förnamn: _____

SOCIALSKYDDSSIGN: _____ Man Kvinna

ADRESS Näradress: _____

Postnummer: _____ Postanstalt _____

TELEFONNUMMER: Hem _____ GSM _____

E-POSTADRESSEN: _____ @ _____

TILL VILKEN CIRKULÄR OCH MEDLEMSRÄKNING SKICKAS

SKEPPAREXAMEN	Skärgård:	_____	När:	_____	Var	_____
	Kust:	_____	När:	_____	Var	_____
	Högsjö:	_____	När:	_____	Var	_____
	Annan:	_____	När:	_____	Vilken:	_____
					Var	_____

ÖNSKAR TILLHÖRA BÅTSEKTIONEN: _____

Datum: _____ Underskrift: _____

RETURNERA BLANKETTEN TILL DIN KURSLÄRARE ELLER TILL FÖRENINGENS ORDFÖRANDE:

TACK!

SNavS administration ifyller:

Inskrivningsår: _____

Förtroendeuppdrag: _____

Förtjänstmärken: _____

Kurser: _____

Medlemsavgiften: Betald: _____ Förfallen: _____

Inskrivningavgift: Betald: _____ Förfallen: _____

Medlemsnummer: _____

Godkänd på styrelsemöte: _____