

# Innmelding Kristiansundsgruppen av NRRL.

Signatur

Navn

Adresse

Postnr

Poststed

Fødselsdato

E-post

Hjemmeside

Telefon

Har du vært medlem i annen gruppe tidligere? Hvis ja, hvilke(n)?

Fra :            Til :            i :

Fra :            Til :            i :

Fra :            Til :            i :

Eventuellt tidligere verv i gruppen(e)?

Dato:

Sted:

Jeg godkjenner at mine opplysninger brukes internt i gruppen (sett kryss for å godkjenne).

Underskrift:

*Feltene under fylles ut av styret*

Dato mottatt:

Tildelt medl.nummer:

Styrets kommentar:

Vedtak sendt medlem:

Sign: