ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP
i

ORSA PISTOLSKYTTEKLUBB

 Datum:

 Namn:

 Gatuadress:

 Postnummer       Ort:

 Personnummer:

 Telefon:

 Mobiltelefon:

 e-mail:

 Tidigare medlemskap i pistolklubb: Ja[ ]  Nej [ ]

 om Ja klubbens namn:

 Innehar pistolskyttekort nr.

Ett utdrag ur belastningsregistret skall överlämnas till styrelsen i ett oöppnat kuvert i samband med ansökan om medlemskap i Orsa Pistolskytteklubb.

Efter att ansökan bifallits och medlemsavgiften är betald så är den sökande medlem i Orsa pistolskytteklubb.

Styrelsens noteringar

Datum för behandling:

Ansökan bifalls

Ansökan avslås

Ordförande Sekreterare