

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