Föreningsblankett

|  |
| --- |
| **Föreningens namn: Datum:** |
| **Ordförande\***  .....……………………………………………………………...................................................................................................  ………………………………………………………..............................................................................................................  Mobil E-post    ………………………………………………………………...................................................................................................... |
| **Vice Ordförande\***  .....……………………………………………………………...................................................................................................  ………………………………………………………..............................................................................................................  Mobil E-post  ………………………………………………………………...................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Sekreterare\***  .....……………………………………………………………...................................................................................................  ………………………………………………………..............................................................................................................  Mobil E-post  ………………………………………………………………...................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Kassör\***  .....……………………………………………………………...................................................................................................  ………………………………………………………..............................................................................................................  Mobil E-post  ……………………………………………………………...................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Startår | Kontaktuppgifter föreningslokal |
| Organisationsnummer | Plus Giro, Bankgiro |

**\*** Genom denna 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