Medlemslista för lokalföreningen _____ under verksamhetsåret _____

Grupp:_____

I och med denna underskrift/medlemsavgift visar jag att jag vill vara medlem i min lokala SAU-grupp. Jag är därmed försäkrad vid SAU:s aktiviteter. Jag är också informerad om att min lokala grupp sänder denna information vidare till SAU centralt för medlemskap i riksorganisationen samt för underlag till bidragsansökningar hos MUCF och regioner.

Förnamn	Efternamn	Födelsedata ÅÅMMDD	Adress	Postnr och ort	Kön P/F	Medlemmens underskrift /betald avgift (ange summa)	Datum för underskrift	Ledarens underskrift (intygande av korrekta uppgifter)

Förnamn	Efternamn	Födelsedata ÅÅMMDD	Adress	Postnr och ort	Kön P/F	Medlemmens underskrift /betald avgift (ange summa)	Datum för underskrift	Ledarens underskrift (intygande av korrekta uppgifter)