



SVEVAP 1967

MEDLEMSANSÖKAN

Sökande (alla uppgifter nedan är obligatoriska):

Förnamn	Efternamn	Tilltalsnamn
Personnummer	Telefon	Mobiltelefon
Adress	Postnummer	Postadress

Yrke	Anställd vid/hos
Medlemskap i annan förening	

Samlarinriktning

Referenser

Alternativ 1: Två befintliga **SVEVAP-medlemmar**, samt utdrag från polisens belastningsregister, skickas till vår box-adress (se adress nedan) i oöppnat kuvert.

Referens 1	Telefon
Referens 2	

Alternativ 2: Två andra personer som känner dig väl (dock inte nära anhörig) **samt utdrag från polisens belastningsregister**, skickas till vår box-adress (se adress nedan) i oöppnat kuvert.

Referens 1	Telefon
Referens 2	Telefon

Jag godkänner att mina uppgifter får användas av SVEVAP inom föreningens verksamhet samt GDPR så som mejlutskick, forum och matrikel.

**Ansökan skickas till:
SVEVAP, Box 6100, 129 07 Hägersten
eller mejlas till kansli@svevap.se**