



**SVEVAP** 1967

## MEDLEMSANSÖKAN

**Sökande** (alla uppgifter nedan är obligatoriska):

Förnamn	Efternamn	E-postadress
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](mailto:kansli@svevap.se)**