



ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP

Torna Hällestad Pistolskytteklubb

VÄNLIGEN TEXTA

Efternamn		Förnamn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)		
Adress			Postnummer	Ort		
E-post			Mobilnr		Telefon övrigt (ange)	
Medlem i annan skytteklubb Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Om "Ja" - Ange vilken		Övergår till Thpsk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Referens/Kontaktperson (inkl telefon nr)
Övrig Information (t ex sysselsättning, tidigare föreningserfarenheter osv)						

Jag förbinder mig härmed att följa av myndighet och förbund utfärdade föreskrifter, gällande författningar samt aktuella regelverk	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag har läst och förstått föreningens stadgar och förbinder mig härmed att ovillkorligen följa dessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag accepterar att föreningen sparar mina personuppgifter i dataregister för föreningsadministration samt för rapportering till förbund och myndighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har läst och förstått föreningens lånepolicy för utlåning av föreningsvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppvisar frivilligt ett utdrag ur belastningsregister (från RPS) för representant för föreningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Egenhändig namnteckning	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Ansökan tillstyrkes av (om aktuellt)	

Föreningens noteringar:

Anökan mottagen av (namn):	Medlemsavgift/Kursavgift betald (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Utdrag ur belastningsregister uppvisat datum (ÅÅÅÅ-MM-DD):	Uppvisat för (namn):	Utdrag OK? Ja <input type="checkbox"/> Diskussion med styrelsen <input type="checkbox"/>

Beslut:

Medlemskap beviljat Ja <input type="checkbox"/> Nej (se stadgarna) <input type="checkbox"/>	Signatur ordförande	Inskrivnen som medlem datum (ÅÅÅÅ-MM-DD):
--	---------------------	---