MEDLEMSREGISTER för lokalavdelning:_____

Namn:_____Adress:_____

Postnummer:_____Postadress:_____Telefon:_____Födelsedata:_____

I och med denna underskrift/medlemsavgift visar jag att jag vill vara medlem i min lokala SAU-grupp. Kön:_____
Jag är därmed försäkrad vid SAU:s aktiviter.

Medlemmens underskift:	**och /eller har betalt en medlemsavgift:**	**Datum:**	**Ledarens underskrift**
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____
_____	kr.	Den__/__20__	_____