



Abonnentens / Föreningens namn

Kontaktpersonens namn	
Adress	Tel arb
Postnummer / adress	Tel bostad

Betalningsmottagarens namn
Adress
Postnummer / adress

Disponerade följande lokal föregående år
--

Önskad anläggning / lokal	Typ av verksamhet
---------------------------	-------------------

Måndag	Tisdag	Onsdag
Torsdag	Fredag	Lördag
Söndag	OBS! Markera första alternativet med 1), andra med 2)	

Anmärkning

Uppgiftslämnare
Datum / 200
Underskrift