Anmälan om lokalavdelning /akademikerförening

Skicka den ifyllda blanketten till
post@sverigesfarmaceuter.se

Vi har gjort följande val from. *(ÅÅMMDD):*		
Namn på lokalavdelningen:		
Arbetsgivare/ arbetsplats:	Namn:	Org.nr:
	Adress:	Telefon ink. riktnr:

Styrelsen har följande sammansättning:

Uppdrag i styrelsen:	**Namn:**	**Personnummer (ÅÅMMDD-xxxx):**	**E-post:**	**Mandattid vald fr.o.m - t.o.m:**
Ordförande				
Vice ordförande				
Sekreterare				
Ledamot				

Uppgifterna är lämnade av:	Namn:	E-post: