



# Ansökan om medlemskap i FMK Tre Vapen

## Medlemsuppgifter:

\_\_\_\_\_  
Efternamn och förnamn (\*)

\_\_\_\_\_  
Födelsedatum (\*)

\_\_\_\_\_  
Utdelningsadress (\*)

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon (\*)

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort (\*)

\_\_\_\_\_  
Hemtelefon

\_\_\_\_\_  
e-postadress 1 (\*)

\_\_\_\_\_  
Arbetstelefon

\_\_\_\_\_  
e-postadress 2

\_\_\_\_\_  
Datum för ansökan (\*)

(\*) obligatorisk uppgift

Jag är medlem i SMC  
(Markera med x)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eventuellt SMC-medlemsnummer

Jag har betalat in medlems- och  
inträdesavgiften (Markera med x)

\_\_\_\_\_

Jag är FMV-anställd  
(Markera med x)

\_\_\_\_\_

**Medlemsavgiften och inträdesavgiften, totalt 400 kr, betalas in till Pg 55 16 33 - 1,  
eller via Swish till 123 573 10 21.**

**Ange namn och födelsedatum som meddelande vid betalningen.**

SKICKA DENNA BLANKETT TILL [jesperlindquist55@gmail.com](mailto:jesperlindquist55@gmail.com)