

Anmälan Mentalutbildning anordnad av SBK Skaraborgsdistriktet

Till:

D-RUS - SBK Skaraborgsdistriktet
c/o Christer Lundberg
Segestad Björkhagen
521 63 Stenstorp
rasutveckling@sbkskaraborg.se

Datum:**Från:**

Lokalklubb/Rasklubb
Adress
Adress
Postnummer Ort

Anmälan till Mentalutbildning

Härmed anmäler vi följande personer för:

Kurs M__

Turordning:
Medlemsnummer:
Namn:
Adress:
Telefon 1:
Telefon 2:
E-post:

Kurs M__

Turordning:
Medlemsnummer:
Namn:
Adress:
Telefon 1:
Telefon 2:
E-post:

Kurs M__

Turordning:
Medlemsnummer:
Namn:
Adress:
Telefon 1:
Telefon 2:
E-post:

Kurs M__

Turordning:
Medlemsnummer:
Namn:
Adress:
Telefon 1:
Telefon 2:
E-post:

Ansökan bestyrks av:

Kontaktperson:
Telefon 1:
Telefon 2:
E-post:

Namnförtydligande

Roll i lokalklubb/rasklubb:

Då bekräftelse på antagning till kursplats erhållits skall kursavgift snarast betalas till
SBK Skaraborgsdistriktets PlusGiro: 68 77 38 – 5

OBS!

Ej komplett iförd ansökan kommer ej att beaktas.
