

DATUM: _____

BINDNINGSTID: _____

STARTDATUM TRÄNING: _____

FÖRNAMN: _____

PERSONNR: _____

EFTERNAMN: _____

MEDLEMSNR: _____

GATUADRESS: _____

TELEFON: _____

POSTNR: _____

MOBIL: _____

ORT: _____

MAILADDRESS: _____

MEDLEMSKAP

MEDLEMSTYP: _____

AVTALSTYP: _____

TRÄNINGSCENTER: _____

AVGIFT/BETALNING

Vid autogiro dras medlemsavgiften automatiskt på din första autogirodragning – om du inte betalar denna direkt vid köp av medlemskap.

UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av och godkänner innehållet i detta avtal samt i Improves "Allmänna villkor för medlemskap i Improve Health i Partille AB".

DATUM/ORT_____
DATUM/ORT_____
MEDLEMMENS UNDERSKRIFT_____
FÖR IMPROVE_____
NAMNFÖRTYDLIGANDE_____
NAMNFÖRTYDLIGANDEMEDLEMSAVTALET GODKÄNNES AV: MÅLSMAN FÖRVALTARE GOD MAN

NAMN: _____

GATUADRESS: _____

POSTNR: _____

ORT: _____

MOBIL: _____

UNDERSKRIFT_____
DATUM/ORT

DATUM: _____

BINDNINGSTID: _____

STARTDATUM TRÄNING: _____

FÖRNAMN: _____

PERSONNR: _____

EFTERNAMN: _____

MEDLEMSNR: _____

GATUADRESS: _____

TELEFON: _____

POSTNR: _____

MOBIL: _____

ORT: _____

MAILADDRESS: _____

MEDLEMSKAP

MEDLEMSTYP: _____

AVTALSTYP: _____

TRÄNINGSCENTER: _____

AVGIFT/BETALNING

Vid autogiro dras medlemsavgiften automatiskt på din första autogirodragning – om du inte betalar denna direkt vid köp av medlemskap.

UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av och godkänner innehållet i detta avtal samt i Improves "Allmänna villkor för medlemskap i Improve Health i Partille AB".

DATUM/ORT_____
DATUM/ORT_____
MEDLEMMENS UNDERSKRIFT_____
FÖR IMPROVE_____
NAMNFÖRTYDLIGANDE_____
NAMNFÖRTYDLIGANDEMEDLEMSAVTALET GODKÄNNES AV: MÅLSMAN FÖRVALTARE GOD MAN

NAMN: _____

GATUADRESS: _____

POSTNR: _____

ORT: _____

MOBIL: _____

UNDERSKRIFT_____
DATUM/ORT