



Fylke:		Lokalforening:	
Navn:		Født dato:	Kollektiv medlemskap <input type="checkbox"/>
Adresse:		Medl.nr:	
Postnr/sted			
Telefon:	Mobil:	E-post:	
Ektefelle/samboer		Født dato:	Kollektiv medlemskap <input type="checkbox"/>
Telefon:	Mobil:	E-post:	Medl.nr:
Navn:		Født dato:	Kollektiv medlemskap <input type="checkbox"/>
Adresse:		Medl.nr:	
Postnr/sted			
Telefon:	Mobil:	E-post:	
Ektefelle/samboer		Født dato:	Kollektiv medlemskap <input type="checkbox"/>
Telefon:	Mobil:	E-post:	Medl.nr:

OBS!!!

Har medlemmet tilknytning til en av forbundene som er nevnt under, sett riktig tall i boksen for kollektivt medlemskap og medlemsnummer i feltet nedenfor.

Fagforbundet	1	Mesta	6
Posten	2	APF (av Norges Bank	7
YTF (yrkestrafikkforb.	3	Kystverkets Pensjonistforbund	8
Statens Vegvesen	4		
NFF (Norsk Fysioterapiforb.	5		

Dato: _____

Signatur : _____