

UPPGIFTER OM PATIENTKLUBBEN

Returneras efter årsmötet till:
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING RY.
NEDRE TORGET 3, VÅN 4
65100 VASA

KLUBBENS NAMN _____

Klubbens funktionärer 20 _____

Ordförande _____

Adress _____

Telefon _____

Viceordförande _____

Adress _____

Telefon _____

Sekreterare _____

Adress _____

Telefon _____

Korrespondens riktas till _____

Datum _____ / _____ 20 _____

Uppgifterna gavs av _____