Uppgifter om patientklubben

Avdelningens / klubbens namn: *
Klubbens funktionärer 2023 _____

Ordförande *
Namn _____
Gatuadress _____
Postnummer och -anstalt _____
Epostadress _____
Telefon _____

Viceordförande *
Namn _____
Gatudress _____
Postnummer och -anstalt _____
Epostadress _____
Telefon _____

Sekreterare *
Namn _____
Gatuadress _____
Postnummer och -anstalt _____
Epostadress _____
Telefon _____

Kassör *
Namn _____
Gatuadress _____
Postnummer och -anstalt _____
Epostadress _____
Telefon _____

Verksamhetsgranskare *
Avdelning _____
Gatuadress _____
Postnummer och -anstalt _____
Epostadress _____
Telefon _____

Huvudsaklig kontaktperson *

Ordförande ◯
Viceordförande ◯
Sekreterare ◯
Kassör ◯
Verksamhetsgranskare ◯

Blanketten returneras till moderföreningen efter årsmötet.

Avsändarens uppgifter

Namn _____

Epostadress _____

Telefon _____

Datum _____