



Swedish Women's Educational Association International, Inc.

ANSÖKAN OM ÖVERFLYTTNING AV MEDLEMSKAP

Efternamn (medlemsregister)		Förnamn	
Nuvarande gatuadress			
Nuvarande postadress (inkl postnummer)			
Nuvarande tel bostad (inkl lands/riktnr)		Nuvarande fax bostad (inkl lands/riktnr)	
SWEA mdlem sedan <input type="checkbox"/> r		Lokalförening(ar)	
Avser bli medlem i (ny avdelning)		Från och med datum	MID # (ifylles av kansliet)
Ny Gatuadress			
Ny Postadress (inkl postnummer)			
Ny tel bostad (inkl lands/riktnr)		Ny tel arb (inkl lands/riktnr)	
Ny fax bostad (inkl lands/riktnr)		Ny fax arb (inkl lands/riktnr)	
Mobile		Pager	
E-post hem		E-post arbete	
Yrke/Verksamhet			Födelse <input type="checkbox"/> r (under 25 <input type="checkbox"/> r halv avgift)
Flicknamn		Hemort (uppvuxen i)	
Länder jag bott i			
Utbildning			
Intressen (frivilligt)			
Tidigare aktiv inom SWEA med <input type="checkbox"/> Styrelsearbete <input type="checkbox"/> Program <input type="checkbox"/> SWEA-Blad <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Projekt <input type="checkbox"/> Fundraising <input type="checkbox"/> Medlemskontakter <input type="checkbox"/> Utskick <input type="checkbox"/> Annat:			

IFYLLES ALLTID

Medlemsavgift betald till avdelning	För medlems <input type="checkbox"/> r
Intygas av skattmästaren i nuvarande avdelning (texta)	Datum
Skattmästarens namnteckning	

Sändes till: **SWEA International kansli**

samt Din nya avdelning:

SWEA _____