

MEDGIVARAVTAL TILL AUTOGIRO FÖR MEDLEMSKAP I NHR

Ja, jag vill vara medlem och betala min medlemsavgift via autogiro varje månad.

Namn

Adress

Postadress

Personnummer

-

Bankens namn

Clearingnummer

Bank/personkontonummer

Jag vill tillhöra den för mig närmsta NHR:s lokalförening

Speciellt önskemål. Jag vill tillhöra NHR:s lokalförening i

Huvudmedlem

Jag har funktionsnedsättning

Diagnos

Närståendemedlem

Huvudmedlems namn, adress eller medlemsnummer

Jag har tagit del av de allmänna villkoren för Autogiro. För att NHR ska kunna hantera min autogirodragning godkänner jag att uppgifterna jag lämnar sparas.

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Blanketten sänds till:

Neurologiskt Handikappades Riksförbund
Medlemsregistret
Box 49084
100 28 STOCKHOLM