

ANMÄLAN TILL FÖRENINGEN MEDICON VALLEY ALLIANCE

Undertecknad _____ anmäler härmed

(Företagets/organisationens namn)

som medlem i föreningen Medicon Valley Alliance fmba från och med dags dato.

(Etableringsår)

(Organisationsnummer)

(Antal medarbetare)

(Adress)

(Företagets/organisationens telefon, fax, e-mail och www)

(Kontaktperson – titel och namn)

(Kontaktperson - telefon, fax och e-mail)

Jeg har läst de bifogade stadgarna. MVA vill särskilt understryka:

- att betalning av medlemsavgiften sker direkt efter anmälan
- att utträde ur föreningen ska anmälas skriftligen till styrelsen senast den 1 oktober året innan utträdet ska träda i kraft (se stadgarna § 6)

(Ort & datum)

(Underskrift)