

# Medlemskabsbevis

**Katib Kultur Forening**

**CVR: 30 44 04 39**

## Personligoplysninger

Mandens for- og efternavn	Fødselsdato
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hustruens for- og efternavn	Fødselsdato
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse
<input type="text"/>

Post nr.	By	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-mail	Tlf.	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Civilforhold:    Gift     Ugift     Enke     Fraskilt     Single

## Oplysning om børn under 18 år

Nr.	For- og efternavn	Fødselsdato	Køn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>

Med min underskrift bekræfter jeg hermed, at tilmelde mig i Katib kultur foreningen som medlem og tilpligter mig ved foreningsvedtægter og følger de regler, foreningen indførte.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_