



INNMELDINGSSKJEMA

ETTERNAVN:.....

FORNAVN:

ADRESSE:

POSTNR:POSTSTED:

FØDSELSDATO:..... TELEFON:...../.....

E-POST:.....

- Pårørende Etterlatt Skadet: (hvis ja, hva slags type):
 Trafikk Yrke Fritid Pasientskade

- | | | |
|--------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Ungdomsmedlemskap (inntil 20 år) | kr 200.- |
| <input type="checkbox"/> | Enkeltmedlemskap | kr 300.- |
| <input type="checkbox"/> | Bedriftsmedlemskap (alle, eller min. 10 ansatte) pr ansatt | kr 200.- |
| <input type="checkbox"/> | Familiemedlemskap | kr 400.- |
| <input type="checkbox"/> | Livstidsmedlemskap | kr 4050.- |
| <input type="checkbox"/> | Livstidsmedlemskap, familie | kr 5000.- |

I familiemedlemskapet inngår følgende personer (Navn, fødselsdato)

.....

Dato: _____ Sign: _____