

## Anmälan Mentalutbildning anordnad av SBK Skaraborgsdistriktet

---

**Till:**

D-RUS - SBK Skaraborgsdistriktet  
c/o Christer Lundberg  
Danska vägen 123  
521 31 Falköping  
522 93 Tidaholm

**Datum:****Från:**

Lokalklubb/Rasklubb  
Adress  
Adress  
Postnummer Ort

### Anmälan till Mentalutbildning

Härmed anmäler vi följande personer för:

**Kurs M\_\_**

Turordning:  
Medlemsnummer:  
Namn:  
Adress:  
Telefon 1:  
Telefon 2:  
E-post:

**Kurs M\_\_**

Turordning:  
Medlemsnummer:  
Namn:  
Adress:  
Telefon 1:  
Telefon 2:  
E-post:

**Kurs M\_\_**

Turordning:  
Medlemsnummer:  
Namn:  
Adress:  
Telefon 1:  
Telefon 2:  
E-post:

**Kurs M\_\_**

Turordning:  
Medlemsnummer:  
Namn:  
Adress:  
Telefon 1:  
Telefon 2:  
E-post:

Ansökan bestyrks av:

Kontaktperson:  
Telefon 1:  
Telefon 2:  
E-post:

---

Namnförtydligande

Roll i lokalklubb/rasklubb:

Då bekräftelse på antagning till kursplats erhållits skall kursavgift snarast betalas till  
SBK Skaraborgsdistriktets PlusGiro: 68 77 38 – 5

**OBS!**

Ej komplett iförd ansökan kommer ej att beaktas.

---