



<b>VALG AF FORMAND:</b>		
Navn:		
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL AFDELINGSBESTYRELSEN:</b>		
Navn: Kenneth Lawall	Valgt for 1 år <input type="checkbox"/>	Valgt for 2 år <input checked="" type="checkbox"/>
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL AFDELINGSBESTYRELSEN:</b>		
Navn:	Valgt for 1 år <input type="checkbox"/>	Valgt for 2 år <input type="checkbox"/>
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL AFDELINGSBESTYRELSEN:</b>		
Navn:	Valgt for 1 år <input type="checkbox"/>	Valgt for 2 år <input type="checkbox"/>
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL AFDELINGSBESTYRELSEN:</b>		
Navn:	Valgt for 1 år <input type="checkbox"/>	Valgt for 2 år <input type="checkbox"/>
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL SUPPLEANTER</b>		
Navn: Anne-Marie Høyer 1. Suppleant		
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL SUPPLEANTER</b>		
Navn: John Vejen 2. Suppleant		
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL SUPPLEANTER</b>		
Navn:		
Stamkort modtaget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

<b>VALG TIL REPRÆSENTANTSKABSMEDLEM</b> (Udfyld venligst <i>alle</i> felter)	
Navn:	Adresse:
Telefon:	Email:

<b>VALG AF KONTAKTPERSON</b> (Udfyld venligst <i>alle</i> felter)	
Navn:	Adresse:
Telefon:	Email:

**DIRIGENT**



Underskrift

**FORMAND**



Underskrift

**MEDARBEJDER**



Underskrift