



## Ansökan om särskilda betalningsvillkor

Mitt namn:

---

Telefonnummer:

---

E-postadress:

---

Ev. kontaktperson/målsman:

---

Telefonnummer:

---

E-postadress:

---

Jag önskar få min medlemsavgift/träningsavgift;

**Delbetalad**, ange önskat intervall:

---

---

**Reducerad**, ange hur mycket du  
kan betala:

---

---

Kommentar/motivering:

---

---

---

---

### Så här gör du:

Lämna den ifyllda blanketten till din tränare eller mejla den till [karlstadvk@hotmail.se](mailto:karlstadvk@hotmail.se).

Styrelsen beslutar om delbetalning eller reducerad avgift. Du får besked om beslutet via mejl i första hand eller via din tränare i andra hand. Du kan själv önska om hur du vill få beslutet.

Ange det i kommentarsfältet här ovan.

Styrelsens beslut: (Fylls i av styrelsen)

---

---

---