



ÄLVKARLEBY RIDKLUBB

Jag rider i grupp (dag och tid): _____

För- och efternamn: _____

Personnr.: _____

Gatuadress: _____

Postadress: _____

Telefonnr: _____

E-postadress: _____

Kryssa i ☐ Jag godkänner att ÄRK skickar information till min e-post.

Jag har tagit del av infobladet och ÄRK's betalningsrutiner

Ort och datum _____

Underskrift (målsman om under 18 år)

Namnförtydligande
