



ÄREVARVET 2018 INSAMLINGSLISTA

Sökande Finlands Friidrottsförbund rf, insamlingstillstånd
30.11.2017 nr ÅLR 2017/8818, insamlingstid 1.1.–31.12.2018,
giltighetsområde landskapet Åland.

SUOMEN URHEILULIITTO

--	--	--	--	--	--	--	--

Löparens / gångarens namn		Varv
Telefonnummer	E-post	Föreningen till vilken understödet riktas

INGA KONTANTBETALNINGAR. LÄGSTA FAKTURERINGSavgift 15 €.

Adressuppgifter får användas till marknadsföring.

1.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
2.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
3.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
4.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
5.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
6.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
7.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__
8.	Namn / Företagsnamn <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Företag	Tel.		
	Företags kontaktperson	E-post	Engångsbetalning	Varvbetalning
	Adress (obligatorisk information)		Postnummer och postanstalt	____ / ____ 20__