



JÄSENYSSHAKEMUS

Tuotantoeläinlääkäriyhdistyksen hallitukselle

Haluan:

Liittyä Tuotantoeläinlääkäriyhdistys ry:n jäseneksi

Erota Tuotantoeläinlääkäriyhdistys ry:n jäsenyydestä

| | |
|--|-----------------------------|
| Etunimi | Sukunimi |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lähiosoite | Postinumero ja -toimipaikka |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sähköpostiosoite | |
| <input type="text"/> | |
| Eläinlääkäriksi laillistamisnumero (jäsenyysoikeuden tarkistamiseksi) | |
| <input type="text"/> | |

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Toimitetaan jäsensihteerille postitse (ks. yhteystiedot verkkosivuilta)