RESERÄKNING

Namn: _____ **Datum:** _____

Adress: _____ **Personnummer:** _____

Postnr: _____ **Ort:** _____

Mobil: _____ **Bankkonto:** _____

E-post: _____

Datum	Från	Till	Mil	Medpassagerare och syfte med resa	Kronor
				Summa	

Underskrift Ledare: _____

Hudiksvalls IF

Box 1023
824 11 Hudiksvall

Hemsida: **www.hudiksvallsif.nu**
E-post: **hif@hudiksvallsif.nu**