



**Svenska
Motor Klubben
Vingåker**

MEDLEMSANSÖKAN

EFTERNAMN: _____
FÖRNAMN: _____
PERSONNR: _____
HUVUDMEDLEM: _____
ADRESS: _____
POSTNR: _____
ORT: _____
HEMTEL: _____
MOBILTEL: _____
E-POST: _____

TÄVLINGSLIC.NR: _____

BILSEKTIONEN

- RALLY
RACING/RC
KARTLÄSARE
FOLKRACE
DR
CODRIVER
MR

MC-SEKTIONEN

- MOTOCROSS
ENDURO

ÖVRIGA FUNKTIONER

- TÄVLINGSLEDARE
FUNKTIONÄR
TEKNIKER

DATUM FÖR ANSÖKAN: _____
DATUM FÖR BETALNING: _____
DATUM FÖR BEHANDLING: _____