UPPGIFTER OM LOKALFÖRENING 2026 (Förbundskansliet senast tillhanda 30 april 2026)

OBS! Viktigt att **samtliga** styrelseledamöter anges och att tillgängliga uppgifter rörande förening, styrelse och kontaktpersoner med medlemsnummer fylles i på sidorna **1-4**. **Vänligen texta**.

* **Postmottagare** för förening innebär att officiell post och E-post från förbundet skickas till den adressen. Postmottagaren kan vara föreningens kansliadress eller till t.ex. någon i styrelsen.

** Med **E-postadress** ange den **privata E-postadress** ***(ANGE EJ DIABETES.SE)*** som föreningen använder (t.ex. gmail, Outlook, etc) som Svenska Diabetesförbundet kan koppla föreingens diabetesadress till.

Förening_____ **För.nr**_____ *

Postmottagaradress *(se info ovan)* _____

_____

_____

Telnr_____ Mobilnr_____

** **E-post** *(se info ovan)* _____

Organisationsnummer_____

Plusgiro_____ Bankgiro_____

Föreningen har konto/n i följande bank/er: _____

_____

Ordförande_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

E-postadress: _____

Sekreterare_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

E-postadress:_____

Kassör_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Följande personer tecknar firma för föreningen: Enskilt ☐ Två i förening ☐

Namn_____ Medlemsnr_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Övriga ledamöter

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Kontaktperson studier

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Kontaktperson barn- föräldraverksamhet

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Kontaktperson ungdomsverksamhet

Namn_____ Medlemsnr_____

Postadress_____

_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Medlemsansvarig *(inloggning till medlemsregistret)*

Namn_____ Medlemsnr_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Medlemsansvarig *(inloggning till medlemsregistret)*

Namn_____ Medlemsnr_____

Telnr bostad_____ Telnr arbete_____

*E-postadress*_____

Uppgiftslämnare_____

Tel bostad_____ Tel arbete_____

E-postadress:_____

Datum:_____

Insändes senast 30 april till:

Skriv ut

Svenska Diabetesförbundet
Tomas Paulsson
Box 5098
121 16 JOHANNESHOV
E-post: tp@diabetes.se

Vid frågor eller förändringar av ovanstående uppgifter under året vänligen kontakta Tomas Paulsson tel 08-564 821 14, E-post tp@diabetes.se