

**Adressändring**

**Meddela snarast ändrad adress-, namn och mobiltelefonnummer till** **kassor@skellefteapistol.se**

**Namn:…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Postadress:…………………………………………………………………………………………………………………………**

**Mobiltelefon:……………………………………………………………………………………………………………………..**

**E-postadress:……………………………………………………………………………………………………………………..**