**Bekreftelse på foreningsmedlemskap ved bruk av medlemstilbud**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avtalepart(leverandør): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avtalenummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vi bekrefter at ovennevnte er medlem i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ og oppfyller vilkårene til å benytte medlemstilbud fremforhandlet av Akademikerne Pluss AS på vegne av foreningen. Bekreftelsen gjelder i tre måneder fra bekreftelsesdatoen.

Sted/dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foreningens navn