

SÄLLSKAPET FÖR RESTAURERINGSKONST

MATRIKELUPPGIFTER

ÄNDRING

NY MEDLEM

PERSONUPPGIFTER

Namn	
Adress	
Postadress	
Tel hem	Mobiltel

UTBILDNING

Grundexamen/utbildningsanstalt	År
Annan utbildning	År
KKH årskurs	Medl i SAR el motsv

ARBETE

Arbetsplats/egen verksamhet	
Adress	
Postadress	
Tel arbetet	Fax
Arbetsuppgifter/inriktning	

E-postadress

Jag vill stå på hemsidans medlemslista (namn, yrke, ort, tel.nr & e-postadress)

*Insändes per fax 08-611 21 13, eller per post till
SÄLLSKAPET FÖR RESTAURERINGSKONST
c/o KKH ARKITEKTURSKOLAN
BOX 16315, 103 26 STOCKHOLM*