****

**Anmälan om medlemskap i Svenska Daisykonsortiet**

|  |
| --- |
| Bibliotek/organisation eller företag: |
| Adress: |
| Fakturaadress: |
| Kontaktperson: |
| Telefon: | Telefax: | E-post: | Webbadress: |

………………………………………………….

Underskrift

**Insändes till**

**Myndigheten för tillgängliga medier**

**Susanne Axner**

**Box 5113
121 17 Johanneshov**

**När vi tagit emot er ansökan kommer ni att bli kontaktade av oss. Faktura på medlemsavgiften kommer att sändas till den angivna adressen.**