****

**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.**