HYRA AV GUNNARNS SKOLA

FÖRENINGENS NAMN. ……..

KONTAKTPERSON. ……

MAILADRESS. …… MOBIL……

FAKTURAADRESS. ……

NYCKELANSVARIG. ……

MAILADRESS. …… MOBIL ……..

ÖNSKEMÅL

HALL; hel …….. HALL; halv ……..

VECKODAG: ……

TID: …… ……..

HT fr.o.m. …… t.o.m. …….. ÅR ……..

VT fr.o.m. …… t.o.m. …….. ÅR ……..

ATIVITETER ……..

……..

Vid frågor kontakta kommunens växel tel. 0951-140 00
eller mail receptionen@storuman.se