

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm**Riksorganisation**

Namn

Betalande medlemmar¹

Antal

Ovanstående uppgifter intygas

Ort	Namnteckning
Datum	Namnförtydligande

Jag är auktoriserad eller godkänd revisor Ja Nej

Om nej, ange hur du utnämnts till revisor av organisationen.