



Medlemsansökan till inköpssamverkan i EMAB

Vänligen fyll i nedan och skicka in till EMAB, fax nr 08-37 80 74, e-post info@emab.org

Kedjetillhörighet: _____ har ej drivmedel

Stations nr: (nuvarande eller fd oljebolagsstationsnr) _____ Startdatum: _____

Företagsnamn: _____

Organisations nr: _____ Bankgiro: _____

Adress: _____

Post nr: _____ Post ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Kontaktperson: _____

E-postadress: _____

Extra E-postadress: (till ex butiksansv.) _____

Övrig information: _____

Automat <input type="checkbox"/>	Butik <input type="checkbox"/>	Uthyrning av: <input type="checkbox"/>	Tvätt <input type="checkbox"/>
ÅF ägd <input type="checkbox"/>	Fast Food <input type="checkbox"/>	Bil <input type="checkbox"/>	Verkstad <input type="checkbox"/>
	Bake Off <input type="checkbox"/>	Släpvagn <input type="checkbox"/>	
	Video <input type="checkbox"/>		

Butiksomsättning: _____ (exkl drivmedel och exkl moms)

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

All information till EMAB-medlem, nyheter, kampanjer mm,
förmedlas via EMAB's intranät och via e-post.

EMAB's noteringar: _____ ABC
_____ Frendo
_____ Startdatum