

# MEDLEMSANSÖKAN

*för medlemskap i Sörmlands Matkluster Ek. för.*

---

FÖRETAG:

---

ORGANISATIONSNUMMER:

---

KONTAKTPERSON:

---

ADRESS:

---

POSTNUMMER:

---

POSTADRESS:

---

TELEFON:

---

MOBIL:

---

E-POSTADRESS:

---

HEMSIDA:

---

*Vi tillhör kategori* – vänligen markera

Uppfödare

Odlare

Förädlare

Butik

Café/Restaurang

Annat, ange i text vilken tillhörighet du har: \_\_\_\_\_

*Företaget arbetar med:* (Beskriv med högst tre meningar)

Ja, jag tillåter att dessa uppgifter läggs ut på Sörmlands Matklusters hemsida [www.matkluster.se](http://www.matkluster.se).

*Underskrift*

---

DATUM

ORT

UNDERSKRIFT



*Skicka till:*  
Sörmlands Matkluster  
Box 15  
642 21 Flen