

***Ja, ik word lid van de ACOM***

**Naam en Voorletters:** \_\_\_\_\_ **M/V**

**Huisadres :** \_\_\_\_\_

**Woonplaats:** \_\_\_\_\_

**Registratienummer/Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnummer:** \_\_\_\_\_ **Mobiel:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Werkzaam bij:** \_\_\_\_\_

**Kustwacht/RCN\* Rang/schaal:** \_\_\_\_\_

**INCASSO-MACHTIGING**

**Kustwacht en RCN regelen we via de werkgever**

**Ik ga akkoord met inhouding van de maandelijkse contributie via mijn werkgever**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Handtekening:** \_\_\_\_\_

\*Doorhalen wat niet van toepassing is