



FYLLS I AV NY MEDLEM:

Efternamn Födelseid

Förnamn

Gatuadress

Postnummer Postkontor

Telefon E-post

Utbildning Yrke

Jag blir ordinarie medlem

Jag blir understödjande medlem

Jag byter förening Tidigare förening Anslutningsår

Då en medlem byter lokal medlemsförening måste medlemmen skriva ut sig från den tidigare lokalföreningen.

Till ordinarie medlem i en förening kan godkännas en person som på ett trovärdigt sätt kan visa att han eller hon har en bestående fysisk skada som medför ett funktionshinder. Dessutom godkänner medlemmen föreningens syfte och stadgar.

Bestående fysisk skada som medför ett funktionshinder.

Vilken, hurdan

(Vid behov bifogas läkarutlåtande eller annat bevis på skadan)

Hjälpmedel

Jag vill inte ha IT-lehti

Som understödjande medlem prenumererar jag på IT-lehti 53 e/år.

Ytterligare uppgifter

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Enligt avtal upprätthåller Invalidförbundets medlemsförening och centralbyrå ett medlemsregister för fakturering av medlemsavgifter, för distribution av medlemstidningar och brev och för annan kontakt. I allmänhet lämnas inte uppgifter i registret till andra än föreningarna och Invalidförbundet. Registerbeskrivningarna finns till påseende i lokalföreningen/centralbyrån. Jag ger mitt samtycke till att föreningen och Invalidförbundet r.f. får registrera uppgifter som gäller mig och använda dem i inbördes kontakter och som statistiskt material.

..... / 20

Plats

Datum

Underskrift

FYLLS I AV MEDLEMSFÖRENING:

Föreningens namn

Godkänd som medlem, datum / 20 Medlemsnummer



FYLLS I AV NY MEDLEM:

Efternamn Födelseid

Förnamn

Gatuadress

Postnummer Postkontor

Telefon E-post

Utbildning Yrke

Jag blir ordinarie medlem

Jag blir understödjande medlem

Jag byter förening Tidigare förening Anslutningsår

Då en medlem byter lokal medlemsförening måste medlemmen skriva ut sig från den tidigare lokalföreningen.

Till ordinarie medlem i en förening kan godkännas en person som på ett trovärdigt sätt kan visa att han eller hon har en bestående fysisk skada som medför ett funktionshinder. Dessutom godkänner medlemmen föreningens syfte och stadgar.

Bestående fysisk skada som medför ett funktionshinder.

Vilken, hurdan

(Vid behov bifogas läkarutlåtande eller annat bevis på skadan)

Hjälpmedel

Jag vill inte ha IT-lehti

Som understödjande medlem prenumererar jag på IT-lehti 53 e/år.

Ytterligare uppgifter

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Enligt avtal upprätthåller Invalidförbundets medlemsförening och centralbyrå ett medlemsregister för fakturering av medlemsavgifter, för distribution av medlemstidningar och brev och för annan kontakt. I allmänhet lämnas inte uppgifter i registret till andra än föreningarna och Invalidförbundet. Registerbeskrivningarna finns till påseende i lokalföreningen/centralbyrån. Jag ger mitt samtycke till att föreningen och Invalidförbundet r.f. får registrera uppgifter som gäller mig och använda dem i inbördes kontakter och som statistiskt material.

..... / 20

Plats

Datum

Underskrift

FYLLS I AV MEDLEMSFÖRENING:

Föreningens namn

Godkänd som medlem, datum / 20 Medlemsnummer