

Etunimet .....

Sukunimi .....

Lähiosoite .....

Postinumero ..... Postitoimipaikka .....

Puhelin ..... Syntymäaika .....

Sähköposti .....

Sukupuoli  mies  nainen  muu

**Asiointikieli**  suomi  ruotsi  englanti  muu .....

**Jäsenlaji**  Liityn varsinaiseksi jäseneksi  Liityn kannatusjäseneksi

Haluan vaihtaa yhdistystä (vaihtaessaan paikallista jäsenyhdistystä jäsenen tulee erota aiemmasta paikallisyhdistyksestä)

Jäsenyhdistys johon haluan liittyä .....

Jäsenmaksusi määräytyy jäsenyhdistyksen mukaan.

Haluan It-lehden jäsenetuna  En halua It-lehteä jäsenetuna  Tilaan kannatusjäsenenä It-lehden hintaan 53 €/vuosi

**SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS**

Suostun ylläesitettyjen henkilötietojen tallentamiseen jäsenyhdistyksen ja Invalidiliitto ry:n rekisteriin ja tietojen käyttämiseen keskinäisessä yhteydenpidossa ja tilastollisena aineistona. Käsittelemme tietoja luottamuksellisesti, EU:n tietosuojasetuksen, muun soveltavan lainsäädännön sekä jäsenyhdistyksen ja Invalidiliiton tietosuojaselosteen mukaisesti (löytyy www.invalidiliitto.fi). Minulla on oikeus peruuttaa näiden tietojen käsittely ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhdistykselle tai Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta hakemuksen vahvistaa huoltaja.

**Paikka ja päiväys** ..... **Allekirjoitus** .....

**Vapaaehtoiset tiedot:** Seuraavien tietojen täyttäminen on vapaaehtoista. Tietojen avulla voimme huomioida paremmin tarpeesi jäsenpalvelujen suunnittelussa. Tietojasi käsitellään luottamuksellisesti.

### Ensisijainen liittymissy (valitse yksi)

- Olen fyysisesti vammaisen tai toimintaesteinen henkilö  Olen fyysisesti vammaisen tai toimintaesteisen henkilön omainen
- Haluan edistää Invalidiliiton ja sen jäsenyhdistysten toiminta-ajatuksen toteutumista ja hyväksyn yhdistyksen tarkoituksen ja säännöt

### Toimintakyky- ja osallistumisrajoitteeni on

- Tapaturman aiheuttama  Sairauden aiheuttama  Synnynnäinen

### Ensisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

.....

### Ensisijaiset apuvälineet

#### SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Annan suostumukseni Invalidiliitolle ylläolevien terveydentilaan liittyvien tietojen tallentamiseen EU:n tietosuojasetuksen artiklojen 5, 7 ja 9 mukaisesti. Tiedostan, että minulla on oikeus peruuttaa näiden tietojen käsittely ilmoittamalla siitä kirjallisesti Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta suostumuksen vahvistaa huoltaja.

**Paikka ja päiväys** ..... **Allekirjoitus** .....

### JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

**Yhdistyksen nimi** .....

**Jäseneksi hyväksymisaika** ..... **Jäsennumero** .....



Etunimet .....

Sukunimi .....

Lähiosoite .....

Postinumero ..... Postitoimipaikka .....

Puhelin ..... Syntymäaika .....

Sähköposti .....

Sukupuoli  mies  nainen  muu

**Asiointikieli**  suomi  ruotsi  englanti  muu .....

**Jäsenlaji**  Liityn varsinaiseksi jäseneksi  Liityn kannatusjäseneksi

Haluan vaihtaa yhdistystä (vaihtaessaan paikallista jäsenyhdistystä jäsenen tulee erota aiemmasta paikallisyhdistyksestä)

Jäsenyhdistys johon haluan liittyä .....

Jäsenmaksusi määräytyy jäsenyhdistyksen mukaan.

Haluan It-lehden jäsenetuna  En halua It-lehteä jäsenetuna  Tilaan kannatusjäsenenä It-lehden hintaan 53 €/vuosi

**SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS**

Suostun ylläesitettyjen henkilötietojen tallentamiseen jäsenyhdistyksen ja Invalidiliitto ry:n rekisteriin ja tietojen käyttämiseen keskinäisessä yhteydenpidossa ja tilastollisena aineistona. Käsittelemme tietoja luottamuksellisesti, EU:n tietosuojasetuksen, muun soveltavan lainsäädännön sekä jäsenyhdistyksen ja Invalidiliiton tietosuojaselosteen mukaisesti (löytyy www.invalidiliitto.fi). Minulla on oikeus peruuttaa näiden tietojen käsittely ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhdistykselle tai Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta hakemuksen vahvistaa huoltaja.

**Paikka ja päiväys** ..... **Allekirjoitus** .....

**Vapaaehtoiset tiedot:** Seuraavien tietojen täyttäminen on vapaaehtoista. Tietojen avulla voimme huomioida paremmin tarpeesi jäsenpalvelujen suunnittelussa. Tietojasi käsitellään luottamuksellisesti.

### Ensisijainen liittymissy (valitse yksi)

- Olen fyysisesti vammaisen tai toimintaesteinen henkilö  Olen fyysisesti vammaisen tai toimintaesteisen henkilön omainen
- Haluan edistää Invalidiliiton ja sen jäsenyhdistysten toiminta-ajatuksen toteutumista ja hyväksyn yhdistyksen tarkoituksen ja säännöt

### Toimintakyky- ja osallistumisrajoitteeni on

- Tapaturman aiheuttama  Sairauden aiheuttama  Synnynnäinen

### Ensisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

.....

**Ensisijaiset apuvälineet** .....

### SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Annan suostumukseni Invalidiliitolle ylläolevien terveydentilaan liittyvien tietojen tallentamiseen EU:n tietosuojasetuksen artiklojen 5, 7 ja 9 mukaisesti. Tiedostan, että minulla on oikeus peruuttaa näiden tietojen käsittely ilmoittamalla siitä kirjallisesti Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta suostumuksen vahvistaa huoltaja.

**Paikka ja päiväys** ..... **Allekirjoitus** .....

### JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

**Yhdistyksen nimi** .....

**Jäseneksi hyväksymisaika** ..... **Jäsennumero** .....

