

## UUSI JÄSEN TÄYTTÄÄ:

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 paikallisyyhdistyksestä)

Jäsenyhdistys johon haluan liittyä ..... Jäsenmaksusi määräytyy jäsenyhdistyksen mukaan.

Haluan It-lehden jäsenetuna  En halua It-lehteä jäsenetuna

**SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS**

Suoston ylläesitettyjen henkilötietojen tallentamisen jäsenyhdistyksen ja Invalidiliitto ry:n rekisteriin ja tietojen käyttämiseen keskinäisessä yhteydenpidossa ja tilastollisena aineistona. Käsittelemme tietoja luottamuksellisesti, EU:n tietosuoja-asetuksen, 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 vammainen 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 tietosuoja-asetuksen artiklojen 5, 7 ja 9 mukaisesti. Tiedostan, että minulla on oikeus peruuttaa näiden tietojen käsittely ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhdistykselle tai Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta suostumuksen vahvistaa huoltaja.

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

**JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ**

Yhdistyksen nimi .....

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

