INVALIDI LIITTO

MEDLEMSANSÖKAN

Medlemsinformation

Förnamn .....

Efternamn .....

Födelsedatum ..... Telefonnummer .....

E-post .....

Kön ○ man ○ kvinna ○ annat

Språk ○ finska ○ svenska ○ engelska ○ annat

Faktureringssätt ○ pappersfaktura ○ e-postfaktura

Postadress

Gatuadress .....

Postnummer ..... Postkontor .....

Hemkommun ..... Landskap .....

Medlemsinformation

Jag vill bli medlem i följande medlemsförening .....

Din medlemsavgift bestäms av medlemsföreningen.

Medlemstyp ○ Ordinarie medlem ○ Understöjande medlem

○ Jag vill ha IT-lehti som medlemsförmån ○ Jag vill inte ha IT-lehti som medlemsförmån

Annan faktueringsadress (fylls i om faktueringsadressen skiljer från adressen ovan)

○ betalaren är organisationen

Förnamn .....

Efternamn .....

Gatuadress .....

Postnummer ..... Postkontor .....

E-post .....

Faktureringssätt ○ pappersfaktura ○ e-postfaktura

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag samtycker till lagring av de personuppgifter som presenteras ovan i medlemsföreningens och Invalidförbundets register och till användning av uppgifterna i ömsesidig kommunikation och som statistiskt material. Vi behandlar uppgifter konfidentiellt, i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, annan tillämplig lagstiftning och medlemsföreningens och Invalidförbundets sekretesspolicy (finns på www.invalidiliitto.fi). Jag har rätt att avbryta behandlingen av dessa uppgifter genom att skriftligen meddela föreningen eller Invalidförbundet. För en person under 13 år bekräftas samtycket av vårdnadshavaren.

Plats och datum ..... **Signatur** .....

Vänd ➤

INVALIDI LIITTO

MEDLEMSANSÖKAN

Mer information om medlemskap (valfritt)

Primära hjälpmedel

- ○ pinne
- ○ kryckor
- ○ protes
- ○ rullstol
- ○ rollator
- ○ elmoped
- ○ elrullstol

Intressen

- ○ tillgänglighet
- ○ sällsynta sjukdomar
- ○ erfarenhetsexpert-verksamhet
- ○ utbildning
- ○ kvinnoverksamhet
- ○ ungdomsverksamhet
- ○ sysselsättning och företagande
- ○ påverkansarbete
- ○ kamratstöd

Min funktionskapacitet eller deltagande begränsning är

○ Orsakad av en olycka ○ Orsakad av sjukdom ○ Medfödda

Primär diagnos som orsakar funktions- och deltagandebegränsningar

.....

.....

Främsta anledningen till att gå med (välj en)

- ○ Jag är en fysiskt funtionshindrad eller handikappad person
- ○ Jag är släkting eller nära släkting till en fysiskt funktionshindrad eller handikappad person
- ○ Jag vill främja Invalidförbundets och dess medlemsföreningars verksamhetsuppgift och jag accepterar föreningens syfte och stadgar

Tilläggsuppgifter

.....

.....

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att Invalidförbundet lagrar ovanstående hälsorelaterade uppgifter i enlighet med artiklarna 5, 7 och 9 i EU:s dataskydds-förordning. Jag bekräftar att jag har rätt att avbryta behandlingen av dessa uppgifter genom att meddela Invalidförbundet skriftligen. För en person under 13 år bekräftas samtycket av vårdnadshavaren.

Plats och datum ..... **Signatur** .....