

FYLLS I AV DEN NYA MEDLEMEN:

Förnamn

Efternamn

Gatuadress

Postnummer Postanstalt

Telefon Födelseid

E-postadress

Kön man kvinna annat

Kontaktspråk finska svenska engelska annat

Typ av medlemskap Ansluter mig som ordinarie medlem Ansluter mig som understödjande medlem

Jag vill byta förening (om en medlem byter lokalförening måste hen skriva ut sig från sin tidigare lokalförening)

Förening jag vill bli medlem i

Din medlemsavgift bestäms enligt medlemsföreningen.

Önskar It-lehti som medlemsförmån Önskar inte It-lehti som medlemsförmån

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att personuppgifterna ovan sparas i medlemsföreningens och Invalidförbundet rf:s register och att uppgifterna används i ömsesidig kontakt och som statistiskt material. Vi behandlar uppgifterna konfidentiellt i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, annan tillämplig lagstiftning samt medlemsföreningens och Invalidförbundets dataskyddsbeskrivning (finns på adressen www.invalidiliitto.fi). Jag har rätt att återkalla behandlingen av dessa uppgifter genom att anmäla om saken skriftligen till föreningen eller Invalidförbundet. Ansökan om medlemskap för barn under 13 år bekräftas av barnets vårdnadshavare.

Plats och datum Underskrift

Frivilliga uppgifter: Det är frivilligt att fylla i följande uppgifter. Med hjälp av uppgifterna kan vi på ett bättre sätt beakta dina behov i planeringen av tjänster för våra medlemmar. Dina uppgifter behandlas konfidentiellt.

Huvudsaklig orsak till medlemskap (välj en)

- Jag är en person med en fysisk funktionsnedsättning eller nedsatt funktionsförmåga
- Jag är anhörig till en person med en fysisk funktionsnedsättning eller nedsatt funktionsförmåga
- Jag önskar främja förverkligandet av Invalidförbundets och dess medlemsföreningars verksamhetsidé och godkänner föreningens syfte och stadgar

Begränsningar i min funktionsförmåga och mitt deltagande

- beror av en olycka beror av en sjukdom är medfödda

Huvudsaklig diagnos som ger upphov till begränsningar i funktionsförmågan och deltagandet

Huvudsakliga hjälpmedel

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att Invalidförbundet sparas ovan angivna uppgifter om mitt hälsotillstånd i enlighet med artiklarna 5, 7 och 9 i EU:s dataskyddsförordning. Jag är medveten om att jag har rätt att återkalla behandlingen av dessa uppgifter genom att anmäla om saken skriftligen till föreningen eller Invalidförbundet. Anmälan om samtycke för barn under 13 år bekräftas av barnets vårdnadshavare.

Plats och datum Underskrift

FYLLS I AV MEDLEMSFÖRENINGEN

Föreningens namn

Tidpunkt då medlemmen godkändes Medlemsnummer

