

Jäsenen tiedot

Etunimi

Sukunimi

Syntymäaika Puhelinnumero

Sähköposti

Sukupuoli mies nainen muu

Asiointikieli suomi ruotsi englanti muu

Laskutustapa paperilasku sähköpostilasku

Postiosoite

Katuosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Kotikunta Maakunta

Jäsentiedot

Jäsenyhdistys johon haluan liittyä

Jäsenmaksusi määräytyy jäsenyhdistyksen mukaan.

Jäsenlaji Liityn varsinaiseksi jäseneksi Liityn kannatusjäseneksi

Haluan It-lehden jäsenetuna En halua It-lehteä jäsenetuna

Poikkeava laskutusosoite (täytetään, jos laskutusosoite on eri kuin yllä oleva osoite)

maksaja on organisaatio

Etunimi

Sukunimi

Katuosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Sähköposti

Laskutustapa paperilasku sähköpostilasku

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Suostun ylläesitettyjen henkilötietojen tallentamisen 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



Vapaaehtoisia lisätietoja jäsenyydestä

Ensisijaiset apuvälineet

- keppi
- kyynärsauvat
- proteesi
- pyörätuoli
- rollaattori
- sähkömopo
- sähköpyörätuoli

Kiinnostuksen kohteet

- esteettömyys
- harvinaissairaudet
- kokemustoiminta
- koulutus
- naistoiminta
- nuorten toiminta
- työllisyys ja yrittäjyys
- vaikuttamistoiminta
- vertaistuki

Toimintakyky- ja osallistumisrajoitteeni on

- Tapaturman aiheuttama
- Sairauden aiheuttama
- Synnynnäinen

Ensisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

.....

.....

Ensisijainen liittymissy (valitse yksi)

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

Lisätietoja

.....

.....

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

