

### Medlemsinformation

Förnamn .....

Efternamn .....

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

E-post .....

Kön  man  kvinna  annat

Språk  finska  svenska  engelska  annat

Faktureringsätt  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 faktureringsadress (fylls i om faktureringsadressen skiljer från adressen ovan)

betalaren är organisationen

Förnamn .....

Efternamn .....

Gatuadress .....

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

E-post .....

Faktureringsätt  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](http://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 .....



### 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 funktionshindrad 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 dataskyddsförordning. 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 .....

