HENKILÖJÄSENHAKEMUS

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 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** .....

käännä ➤

INVALIDI LIITTO

HENKILÖJÄSENHAKEMUS

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 liittymissyy (valitse yksi)

- ○ Olen fyysisesti vammainen tai toimintaesteinen henkilö
- ○ Olen fyysisesti vammaisen tai toimintaesteisen henkilön omainen 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 tietosuoja-asetuksen 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** .....