**LIITTYMISLOMAKE **

**Lämpimästi tervetuloa jäseneksi!**

**Haluan liittyä \***

**Kainuun Aivoyhdistykseen jäseneksi: sairastunut, omainen/läheinen tai kannattajajäsen**

**Jäsenen perustiedot**

Täytäthän seuraavaksi jäsentietosi

|  |  |
| --- | --- |
| Sukunimi\*  | Etunimi \* |
| Lähiosoite \* | Postinumero \*Postitoimipaikka\* |
| Syntymävuosi\* | Sukupuoli Mies  Nainen  Yritys  |

Viestimme pääosin sähköisesti. Ilmoittamalla meille omasi tai läheisesi sähköpostiosoitteen, saat Kainuun Aivoyhdistyksen jäsenkirjeen. Jäsenkirjeissä kerromme ajankohtaisista asioista ja tapahtumista.

|  |
| --- |
| **Sähköposti** \* |
| Minulla ei ole / en halua antaa sähköpostiosoitetta\*  |
| Kyllä, haluan liittyä Kainuun Aivoyhdistyksen postituslistalle. Saan sähköpostiini ajankohtaista tietoa Kainuun Aivoyhdistyksen jäsenyyteen liittyvistä asioista, toiminnasta ja tapahtumista.\*  |
| Ei, minulle ei saa lähettää tietoa Kainuun Aivoyhdistyksen jäsenyyteen liittyvistä asioista, toiminnasta ja tapahtumista.  |
| Matkapuhelin |
| Kieli : Suomi  Muu:  |
| Lisätietoja |
| Olen kiinnostunut toimimaan vapaaehtoisena  |

**Maksajan tiedot**

Tähän voit lisätä maksajan tiedot, jos maksajana ei toimi jäsen.

Maksajan nimi

Maksajan lähiosoite

Maksajan postinumero

Maksajan postitoimipaikka

Maksajan puhelinnumero

**Suostumus** Jäsentietoja ylläpidetään jäsenrekisterissä. Hyväksythän vielä tietojen tallentamisen jäsenrekisteriin.

**Suostun tietojen tallentamiseen jäsenrekisteriin \* **