

UUSI JÄSEN TÄYTTÄÄ:

Etunimet

Sukunimi

Lähiosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Puhelin Syntymäaika

Sähköposti

Sukupuoli mies nainen muuAsiointikieli suomi ruotsi englanti muuJäsenlaji Liityn varsinaiseksi jäseneksi Liityn kannatusjäseneksi Haluan vaihtaa yhdistystä (vaihtaessaan paikallista jäsenyhdistystä jäsenen tulee erota aiemmasta paikallisyhdistyksestä)

Jäsenyhdistys johon haluan liittyä Jäsenmaksusi määräytyy jäsenyhdistyksen mukaan.

 Haluan It-lehden jäsenetuna En halua It-lehteä jäsenetuna

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Suoston 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

Vapaaehtoiset tiedot: Seuraavien tietojen täyttäminen on vapaaehtoista. Tietojen avulla voimme huomioida paremmin tarpeesi jäsenpalvelujen suunnittelussa. Tietojasi käsitellään luottamuksellisesti.

Esisijainen liittymissy (valitse yksi)

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

Toimintakyky- ja osallistumisrajoitteeni on

 Tapaturman aiheuttama Sairauden aiheuttama Synnynnäinen

Esisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

Esisijaiset apuvälineet

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 yhdistykselle tai Invalidiliitolle. Alle 13-vuotiaan puolesta suostumuksen vahvistaa huoltaja.

Paikka ja päiväys Allekirjoitus

JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

Yhdistyksen nimi

Jäseneksi hyväksymisaika Jäsennumero

