

Etunimet

Sukunimi

Lähiosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Puhelin Syntymäaika

Sähköposti

Sukupuoli mies nainen muu

Asiointikieli suomi ruotsi englanti muu

Jäsenlaji 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 Tilaan kannatusjäsenenä It-lehden hintaan 53 €/vuosi

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**

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

Ensisijainen liittymissy (valitse yksi)

- Olen fyysisesti vammaisen 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

Ensisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

Ensisijaiset apuvälineet

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**

JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

Yhdistyksen nimi

Jäseneksi hyväksymisaika **Jäsennumero**



Etunimet

Sukunimi

Lähiosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Puhelin Syntymäaika

Sähköposti

Sukupuoli mies nainen muu

Asiointikieli suomi ruotsi englanti muu

Jäsenlaji 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 Tilaan kannatusjäsenenä It-lehden hintaan 53 €/vuosi

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Suostun ylläesitettyjen henkilötietojen tallentamiseen 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**

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

Ensisijainen 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

Ensisijainen diagnoosi, joka aiheuttaa toimintakyky- ja osallistumisrajoitteita

.....

Ensisijaiset apuvälineet

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**

JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

Yhdistyksen nimi

Jäseneksi hyväksymisaika **Jäsennumero**

