

SUOMEN POLIOHUOLTO RY

Kumpulantie 1 A 8 krs
00520 HELSINKI
puh. (09) 686 0990

JÄSENHAKEMUS

Sukunimi:

Etunimet:

Syntymäaika:

Lähiosoite:

Postinumero:

Postitoimipaikka:

Kotikunta:

Puhelin:

Polioon sairastumisvuosi:

Polion aiheuttamat vammat:

Liikuttaessa tarvitsemani apuvälineet:

Ammatti:

Lisätietoja:

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Jäsenhakemus palautetaan osoitteella:
Suomen Poliohuolto ry
Kumpulantie 1 A, 8 krs
00520 HELSINKI

Jäsenhakemukseen tulee liittää lääkärintodistus,
josta ilmenee poliovammanisuus.

Jäsenmaksu peritään tilisiirrolla kerran vuodessa. Jäsenmaksun suuruus on 15 euroa. Lähettämällä tiedot annan myös suostumukseni Suomen Poliohuolto ry:lle ja Suomen Polioliitto ry:lle minua koskevien tietojen rekisteröintiin sekä niiden käyttämiseen keskinäisessä yhteydenpidossa ja tilastollisena aineistona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti voimassa olevan Tietosuojasetuksen EU 2016/679 mukaisesti. Jäsenrekisteriin merkitty voi pyytää itseään koskevat tiedot tarkistettavaksi ja virheelliset tiedot korjattavaksi ottamalla yhteyttä Suomen Poliohuolto ry:n toimistoon. Tietosuojaseloste on luettavissa järjestöjen nettisivuilla osoitteessa www.polioliitto.com. Sen voi tilata toimistolta puh. 09 6860990/Kirsti Paavola tai s-posti: kirsti.paavola@polioliitto.com