

# MEDLEMSANSÖKAN

\_\_\_\_\_  
Tilltalsnamn och efternamn

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Postnummer/postanstalt

\_\_\_\_\_  
Telefon/Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
E-post:

\_\_\_\_\_  
Födelseid

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Ordinarie medlem       Vårdnadshavare till barn under 15 år       Stödmedlem

Funktionsnedsättning: \_\_\_\_\_

Hjälpmedel: \_\_\_\_\_

## Stödgrupp som jag är intresserad av:

- Epilepsi
- MS (Multipel skleros)
- Parkinsons sjukdom
- Huntingtons sjukdom
- Nackskadade på Åland
- Borrelia och TBE

Ålands Neurologiska Förening r.f. är en medlemsförening i Invalidförbundet.  
Jag samtycker att föreningen och Invalidförbundet får registrera uppgifter som gäller mig  
och använda dem i inbördes kontakter och som statistiskt material.  
Personliga uppgifter lämnas bara till medlemsföreningen och Invalidförbundet.



Medlemsblanketten returneras till Ålands Neurologiska förening, Skarpansvägen 30, 22100 Mariehamn.  
Har du frågor kring medlemskapet kan du kontakta föreningen tel. 527 375

**Tack för ditt medlemskap!**



Godkänd som medlem:      /      20 \_\_\_\_\_