

# MEDLEMSANSÖKAN

\_\_\_\_\_  
För- och efternamn

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil

\_\_\_\_\_  
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 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 kansliet på telefon 018-22371 eller [info@neurologiska.ax](mailto:info@neurologiska.ax).

**Tack för ditt medlemskap!**



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