

MEDLEMSANSÖKAN



För- och efternamn _____

Adress _____

Postnummer och ort _____

Telefon/Mobil _____

E-post: _____

Födelseår _____

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
- ☐ Stroke

☐ Jag kan tänka mig hjälpa föreningen ideellt vid behov

Ålands Neurologiska Förening r.f. är medlemsförening i Invalidförbundet. Genom min underskrift samtycker jag till 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 040 156 0200 eller info@neurologiska.ax.

Tack för ditt medlemskap & välkommen till föreningen!

Godkänd som medlem: / 20____