

**Uppgifter för AH-Potilaat rf:s medlemsregister**

## Medlerns uppgifter

Efternamn<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_

Födelseid: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Postanstalt: \_\_\_\_\_

Telefonnr hem / mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Vårdnadshavare (om barnet är medlem)

Moderns namn<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Faders namn: \_\_\_\_\_

## Jag vill ansluta mig till föreningen som (välj någondera):

 ordinarie medlem  understöd medlem

## Medlemskapets natur (välj de mest lämpliga):

 Anusatresia /  Hirshsbrung /  Esofagus /  Annat: \_\_\_\_\_ jag är patient /  jag är förälder /  eller annan närstående jag är sakkunnig (läkare eller annan) jag vill fungera som medlem i stödgruppen (=local kontaktperson)

## Rätt att använda medlemmens kontaktuppgifter:

Föreningen har rätt att lämna ut medlemmens kontaktuppgifter (namn, address, telefonnummer) för följande sylten (välj det bestå passande alternativet):

 till andra medlemmar av föreningen till medlem av stödgruppen med specialtillstånd något annat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Tid\_\_\_\_\_  
Plats\_\_\_\_\_  
Underskrift

Tack!

Returneringsadress: AH\_Potilaat, c/o Mitro Kivinen, Koivumäentie 23-25 H 41, 01230 Vantaa

<sup>1</sup> Medlernsregistret görs upp efter medlems/barnets namn.<sup>2</sup> Då medlemmen är ett barn skickas posten p å målsmannens namn.