

Tietoja AH-potilaat ry:n jäsenrekisteriä varten

Nimi<sup>1</sup>

Sukunimi: \_\_\_\_\_

Etunimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Postiosoite

Lähiosoite: \_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Puhelin(koti/kännykkä) \_\_\_\_\_

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

Huoltajat<sup>2</sup> (mikäli jäsen on lapsi)

Äidin nimi: \_\_\_\_\_

Isän nimi: \_\_\_\_\_

Haluan liittyä yhdistyksen (valitse jompi kumpi):

varsinaiseksi jäseneksi  kannattajajäseneksi

Jäsenyyden luonne (valitse vaihtoehdoista sopivat):

Anusatresia /  Hirshsbrung /  Esofagus /  Muu: \_\_\_\_\_

olen potilas /  olen potilaan vanhempi /  tai muu läheinen

olen asiantuntija (lääkäri tms.)

haluan toimia tukirenkaan jäsenenä (=alueellinen kontaktihenkilö)

Jäsenen yhteystietojen käyttöoikeus:

Yhdistys saa luovuttaa jäsenen yhteystiedot (=nimi,osoite,puh.nro,e-mail) seuraaviin tarkoituksiin (valitse vaihtoehdoista itsellesi sopivin):

yhdistyksen muille jäsenille

tukirenkaan jäsenille

pyydettyä lupa erikseen

joku muu ehto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paikka

\_\_\_\_\_  
Aika

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

KIITOS!

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

---

<sup>1</sup> Jäsenrekisteri kootaan jäsenen/lapsen nimen mukaan.

<sup>2</sup> Lapsijäsenten kohdalla posti lähetetään huoltajien nimellä.