

Sukunimi:

---

Etunimet:

---

Syntymäaika:

---

Lähiosoite:

---

Postinumero:

Postitoimipaikka:

---

Kotikunta:

Puhelin:

---

Sähköpostiosoite:

---

Polioon sairastumisvuosi:

---

Polion aiheuttamat vammat:

---

---

Liikkuessa tarvitsemani apuvälineet:

---

---

Ammatti:

---

Lisätietoja:

---

---

---

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus

---

Jäsenhakemus palautetaan osoitteella:  
Polioinvalidit ry  
Kumpulantie 1 A 8 krs  
00520 HELSINKI  
p. 09-6860990

**Jäsenhakemukseen tulee liittää  
lääkärintodistus, josta käy ilmi hakijan  
polioammaisuus.**

Jäsenmaksu peritään tilisiirrolla kerran vuodessa. Jäsenmaksun suuruus on 20 euroa. Lähettämällä tiedot annan myös suostumukseni Polioinvalidit ry:lle ja Suomen Polioliitto ry:lle minua koskevien tietojen rekisteröintiin sekä niiden käyttämiseen keskinäisessä yhteydenpidossa ja tilastollisena aineistona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti voimassa olevan Tietosuojaj- asetuksen EU 2016/679 mukaisesti. Jäsenrekisteriin merkitty voi pyytää itseään koskevat tiedot tarkistettavaksi ja virheelliset tiedot korjattavaksi ottamalla yhteyttä Polioinvalidit ry:n toimistoon. Tietosuojaseloste luettavissa järjestöjen nettisivuilla osoitteessa [www.polioliitto.com](http://www.polioliitto.com). Sen voi tilata toimistolta puh. 09 6860990/Kirsti Paavola tai s-posti: [kirsti.paavola@polioliitto.com](mailto:kirsti.paavola@polioliitto.com).