

Jag anmäler mig som medlem i Botnia Parkinson förening r.f.

Förnamn/Efternamn:

\_\_\_\_\_

Födelseid: \_\_\_\_/\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

Diagnos år: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tfn. \_\_\_\_\_ e-post: \_\_\_\_\_

Anhörig medlem:

Förnamn/Efternamn:

\_\_\_\_\_

Födelseid: \_\_\_\_/\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tfn. \_\_\_\_\_ e-post: \_\_\_\_\_

Jag godkänner att mina personuppgifter ges till föreningens / förbundets medlemsregister.

Datum / underskrift:

\_\_\_\_/\_\_\_\_ år: \_\_\_\_\_

Sändes till: Christina Berts Karperövägen 691 B 65630 Karperö