

# Ansökan om medlemskap i Hörselskadades Riksförbund

Fyll i och skicka in blanketten portofritt (adress: se längst ner) eller gör ansökan direkt på webben: [www.hrf.se/medlem](http://www.hrf.se/medlem)

## DINA PERSONUPPGIFTER *Var god texta – skriv tydligt!*

Efternamn	Förnamn (tilltalsnamn)	Personnummer (tio siffror) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]
Adress		
Postnummer	Ort	
Mobiltelefon	Annan telefon (ange typ)	
E-post – viktigt! Ange korrekt e-postadress så kan HRF nå dig snabbare med medlemserbjudanden, kunskap och information.		

## DITT MEDLEMSKAP

Jag vill bli **medlem i HRF-förening**. Ange förening:  
*Vill du vara medlem i flera föreningar? Ange vilken du vill ha som "huvudförening".* .....

Jag vill bli **stödmedlem** i Hörselskadades Riksförbund.  
*Stödmedlem kan inte väljas till förtroendeuppdrag inom HRF. Stödmedlems anhöriga kan inte vara anslutna som familjemedlemmar.*

Jag vill bli **familjemedlem**. *En familj betalar max 480 kr per år, oavsett hur många i familjen som är medlemmar*  
*OBS: Bara möjligt om någon annan i familjen redan är medlem (ej stödmedlem).*

Befintlig medlem (namn + personnr.): ..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]

Jag är 0–18 år och vill bli **ungdomsmedlem** i följande förening:  
*OBS: Ungdomsmedlems anhöriga kan inte ha familjemedlemskap.* .....

## VÄLJ HUR DU VILL BETALA MEDLEMSAVGIFTEN

**Tips!** På [hrf.se/medlem](http://hrf.se/medlem) kan du betala medlemsavgiften direkt eller anmäla dig för autogirobetalning i samband med registreringen. Då behöver du inte skicka in den här blanketten och blanketten för samtycke till Autogiro.

Jag vill betala **årsvis, med faktura** (t. ex: 360 kr/år för ordinarie medlemskap)

Jag vill betala **månadsvis, med Autogiro** (t. ex: 30 kr/månad för ordinarie medlemskap)  
*OBS: Väljer du Autogiro behöver du fylla i och signera en blankett för "Samtycke till Autogiro".*

Skicka Autogiroblankett till mig per post. *Blankett kan även laddas ner på [www.hrf.se/medlem](http://www.hrf.se/medlem)*

Jag bifogar ifyllt Autogiroblankett.       Jag har Autogiroblankett, men fyller i och skickar in den senare.

## DIN HÖRSEL

Ange din huvudsakliga hörselskada <i>ange ett alternativ</i>	Ange eventuell annan hörselskada <i>du kan ange flera alternativ</i>	Vad av följande stämmer för dig? <i>du kan ange flera alternativ</i>
<input type="checkbox"/> Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Jag fick min hörselskada/blev döv som barn
<input type="checkbox"/> Döv	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Jag fick min hörselskada/blev döv som vuxen
<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Menières sjukdom	<input type="checkbox"/> Jag har hörselimplantat, till exempel cochleaimplantat, EAS
<input type="checkbox"/> Menières sjukdom	<input type="checkbox"/> Ljudöverkänslighet	<input type="checkbox"/> Jag har hörapparat/-er
<input type="checkbox"/> Ljudöverkänslighet		<input type="checkbox"/> Jag är förälder till ett hörselskadat/dövt barn
<input type="checkbox"/> Har ingen hörselskada		<input type="checkbox"/> Jag är annan närstående till person med hörselskada
		<input type="checkbox"/> Jag har ett yrkesmässigt intresse för hörselfrågor

Personuppgifter som lämnas ovan registreras och används av HRF och kan kompletteras genom inhämtning av data från Skatteverket. HRF behandlar personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen och HRFs integritetspolicy, som du hittar på [www.hrf.se/integritet](http://www.hrf.se/integritet). Vid frågor om detta, kontakta HRFs dataskyddsombud på e-post: [dataskyddsombud@hrf.se](mailto:dataskyddsombud@hrf.se). Vid frågor om medlemskap, kontakta HRFs medlemservice på e-post: [medlemsservice@hrf.se](mailto:medlemsservice@hrf.se) eller tel: 08-457 55 48.

**PORTOFRITT:** Skicka ifyllt blankett till **FRISVAR, Hörselskadades Riksförbund, kundnr. 20080467, Box 1068, 164 20 Kista**