

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

DINA PERSONUPPGIFTER *Var god texta – skriv tydligt!*

Efternamn		Förnamn (tilltalsnamn)		Personnummer (tio siffror)	
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adress					
Postnummer		Ort			
Mobiltelefon	Telefon bostad	Texttelefon bostad	Telefon arbete		
E-post					

VÄLJ MEDLEMSKAP

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

Jag vill bli **stödmedlem** i Hörselskadades Riksförbund.
OBS: Stödmedlem kan inte väljas till förtroendeuppdrag inom HRF. Stödmedlems anhöriga kan inte ha familjemedlemskap.

Jag vill bli **familjemedlem**. *OBS: Bara möjligt om någon annan i familjen är huvudmedlem (medlem i förening).*
 Huvudmedlem (namn + personnr):

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

Extra erbjudande: Jag är 0–30 år och vill även bli medlem i Unga Hörselskadade (UH) utan kostnad.

VÄLJ HUR DU VILL BETALA MEDLEMSAVGIFTEN

Jag vill betala **årsvis, med faktura** (t. ex: 300 kr/år för huvudmedlem)

Jag vill betala **månadsvis, med autogiro** (t. ex: 25 kr/månad för huvudmedlem)
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*

Jag bifogar ifylld autogiroblankett. Jag har autogiroblankett, men fyller i och skickar in den senare.

OM DIN HÖRSEL

Har du en hörselnedsättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja – vilken grad av hörselnedsättning har du? <input type="checkbox"/> Döv <input type="checkbox"/> Grav hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Måttlig hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Lätt hörselnedsättning När fick du din hörselnedsättning/blev döv? <input type="checkbox"/> Som barn <input type="checkbox"/> Som vuxen	Jag har (flera alternativ möjliga): <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Ljudöverkänslighet <input type="checkbox"/> Menières sjukdom
	Jag använder: <input type="checkbox"/> Hörselimplantat (t. ex. cochleaimplantat, EAS) <input type="checkbox"/> Hörapparat/-er
	Jag är: <input type="checkbox"/> Förälder till hörselskadat/dövt barn <input type="checkbox"/> Annan anhörig till person med hörselskada

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. Vid frågor om detta, kontakta HRFs dataskyddsombud på e-post: dataskyddsombud@hrf.se. Vid frågor om medlemskap, kontakta HRFs medlemsregister på e-post: medlemsregistret@hrf.se eller tel: 08-457 55 48.

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