



LUPA YHDISTYKSELLE OTTAA YHTEYS

Nimi: _____

Ikä: _____

Osoite: _____

Puh: _____

Sähköpostiosoite: _____

Minulla itselläni on todettu muistihäiriöitä Kyllä: ____ Ei: ____

Olen kiinnostunut asiasta läheiseni/omaiseni vuoksi Kyllä: ____ Ei: ____

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n edustaja saa ottaa minuun yhteyttä. Yhteydenotto ei velvoita minua mihinkään.

Päiväys ja allekirjoitus: _____ / _____ 20__

Tiedot ovat luottamuksellisia.