

YHTEYDENOTTOLUPA

Nimi: _____

Osoite: _____

Puh: _____

Ikä: _____

Sähköpostiosoite: _____

Minulla on itselläni muistihäiriötä / muistisairaus.

Olen kiinnostunut asiasta läheiseni / omaiseni vuoksi.

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n edustaja saa ottaa minuun yhteyttä ja kertoa toiminnasta. Yhteydenotto ei velvoita minua mihinkään. Palvelu on maksutonta.

Suostun tietojeni tallentamiseen yhdistyksen rekisteriin.

kyllä ei

Allekirjoitus: _____ / _____ 20__

Asiakas on antanut suullisen suostumuksen yhteydenottoon:

Lähetävä taho: _____ / _____ 20__

Tiedot ovat luottamuksellisia.