



## JÄSENTIETOLOMAKE

**Luottamuksellinen. Täytä ja palauta yhdistyksen toimistoon. Kiitos!**

Sukunimi ja Etunimet

Syntymäaika

Kotikunta

Lähiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

Silmäsairauden diagnoosi (liitteenä kopio lääkärintodistuksesta tai vastaavasta)

Miten sait kuulla Retina ry:stä?

Silmälääkäriltä

Sosiaalityöntekijältä

Kuntoutusohjaajalta

Internetistä

Oikeuksienvalvonnan asiantuntijalta

Muualta mistä?

Haluan Retina-lehden...

Painettuna

Daisy-äänitteenä

PDF-tiedostona

En halua Retina-lehteä

Haluan jäsentiedotteen...

Painettuna

Daisy-äänitteenä

Sähköpostina

En halua jäsentiedotetta

Kiinnostaisiko sinua toimia yhdistyksessä?

Kyllä

Ehkä

Ei

Saako vertaistukihenkilö ottaa sinuun yhteyttä?

Kyllä

Ei

Voimmeko antaa tämän lomakkeen tietoja salassapitovelvollisen lääkärin tai tutkijan käyttöön?

Kyllä

Ei

Kertoisitko jotain itsestäsi? Esim. Ammatti, koulutus, harrastukset, kiinnostuksen kohteet, tms.



# Retina ry

Perinnöllisiä verkkokalvon rappeumia potevien asialla

Aika ja paikka

Allekirjoitus

---

**Retina ry täyttää**

Hyväksytty jäseneksi (pvm.)