

Ja, jag vill bli medlem i bröstcancerföreningen:

som ingår i Bröstcancerförbundet

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Ev. c/o: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Postort: _____

Tel bostad: _____ Tel mobil: _____

E-post: _____

Personnummer: _____ (Fullständigt, 12 siffror)

Jag vill bli:

- Medlem
- Stödmedlem

GLÖM INTE!Kryssa rutan om
personuppgifts-
hantering**Accepterande av Personuppgiftsbehandling (obligatoriskt för hantering av medlemskap)**

- Jag accepterar att Bröstcancerförbundet, för att hantera mitt medlemskap, sparar och hanterar mina personuppgifter i enlighet med Bröstcancerförbundets integritetspolicy, som finns att läsa på bröstcancerforbundet.se

Ort: _____

Datum: _____

Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Ansökan som saknar namnteckning och accepterande av behandling av personuppgifter godkänns inte.

- NÄR DU BLIR MEDLEM:**
- kan du delta i våra aktiviteter och föreläsningar
 - får du vår tidning Magasin B
 - får du stöd, men ger även stöd genom ditt engagemang
 - blir vi en starkare röst i opinionen
 - stödjer du vår vision: *Ingen ska drabbas av bröstcancer*

INGEN SKA BEHÖVA VÅRA
ENSAM MED SIN BRÖSTCANCER



VIK HÄR

Frankeras ej
Mottagaren betalar
portot 20750609

Svarspost Direkt



Medlemsansökan
Hantverkargatan 25 B
112 21 Stockholm