****

**Registreringsskjema for medlemskap i**

**Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta (NFOI)**

Takk for at du vil bli medlem i Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta (NFOI)!

**Om medlemskap i NFOI**

Ordinært medlemskap er kun for personer som selv har OI og deres pårørende. Som pårørende regnes foreldre, søsken, barn og ektefelle/partner til personer som selv har OI. Andre kan tegne støttemedlemskap. Støttemedlemmer har ikke stemmerett på årsmøtet og må betale reise og opphold til samlinger selv.

**For ordinære medlemmer**:

I dette skjemaet ber vi deg fylle ut opplysninger om alle i husstanden som ønsker medlemskap i NFOI. Den som skal stå oppført som postmottaker og kontingentbetaler føres opp som nr.1. Dette er bl.a for å unngå at vi sender flere OI-nytt til samme familie.

**For støttemedlemmer:**

Støttemedlemmer fyller bare ut navn, adresse, postnummer, sted og fylke. Dersom du som støttemedlem ønsker informasjon på e-post fra foreningen (f.eks kontingentgiro og OI-Nytt) kan du gjerne fylle ut e-postadresse også.

|  |
| --- |
| NB! Dersom det på et senere tidspunkt oppstår endringer med hensyn til opplysningene du oppgir i dette skjemaet (ved f.eks adresseendring eller dødsfall) er det svært viktig at du gir beskjed om dette til medlemsansvarlig. |

Skjemaet returneres til medlemsansvarlig i NFOI ***etter*** du har betalt kontingent.

# Silje Marie Hebnes

# Rodamyrarmen 4

# 4056 Tananger

## E-post: [silje@nfoi.no](mailto:silje@nfoi.no)

## Telefon: 414 28 818

**1.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet

**2.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet

**3.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet

**4.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet

**5.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet

**6.**

**Type medlemskap**

Ordinært medlem  Støttemedlem

**Personopplysninger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fornavn |  | | | | Etternavn | |  | | | |
| Fødselsdato |  | | | Kjønn (M/K) |  | | Har OI? (ja/nei) | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | |
| Postnummer |  | Sted |  | | | | Fylke |  | | |
| Telefon |  | | | E-post | |  | | | | |

Jeg samtykker til at NFOI behandler personopplysninger om meg/mitt barn i forbindelse med medlemskapet slik det framgår nedenfor:

* For å kunne administrere medlemskapet ditt i NFOI må opplysningene i skjemaet bli oppført i medlemsregisteret.
* I tillegg til opplysningene i skjemaet registrerer vi innbetaling av medlemskontingent med beløp og dato.
* NFOI er behandlingsansvarlig. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med personopplysningsloven. Det er kun leder og medlemsansvarlig som har tilgang til opplysningene.
* NFOI utleverer ikke personopplysninger om medlemmene til uvedkommende. Vi utleverer ALDRI opplysninger om diagnose.
* I forbindelse med rapportering til bevilgende myndigheter må vi ved forespørsel kunne dokumentere medlemstall. Opplysninger som da må gjøres tilgjengelig for revisor er navn, adresse, fylke, fødselsår, dato og sum for innbetaling. Da vi benytter et regnskapsbyrå til årsregnskap vil regnskapsfører se innbetalinger av medlemskontingent og egenandeler samt utbetalinger av refusjoner.
* Du som medlem har innsynsrett, rett til å kreve retting eller sletting av opplysninger som måtte være feil, mangelfulle eller som måtte mangle behandlingsgrunnlag.

Jeg samtykker til at NFOI kan sende meg informasjon om foreningen, aktiviteter,

medlemstilbud og lignende pr brev eller på e-post.

**OI-Nytt**

Ønsker OI-Nytt i papir  Ønsker OI-Nytt på mail (PDF)  Ønsker ikke OI-Nytt

**Kontakt med likeperson**

Jeg ønsker kontakt med likeperson  Jeg ønsker ikke kontakt med likeperson

Besvares kun dersom du ønsker kontakt med likeperson:

Hvordan vil du bli kontaktet?  E-post  Telefon

**Hvordan fikk du informasjon om NFOI?**

Fastlege  Sykehus  TRS kompetansesenter

Familie  NFOIs nettside  NFOIs Facebookside

Annet