



# Medlemsansökan

# Svenska Skulder- och Armbågs- Sällskapet

Medlem / namn:

Sjukhus / enhet:

Klinik / mottagning:

e-post adress:

Telefon:

Signatur: ……………………………………………………………………

**Jag är medlem i SOF.**

**Jag är medlem i Svenska Läkarförbundet.**

OBS! Medlemsavgiften kommer att debiteras månatligen via Svenska Läkarförbundet oavsett man är medlem i Svenska Läkarförbundet eller inte. Detta kräver E-faktura alternativt autogiro mot Svenska Läkarförbundet för att inte fakturaavgift för pappersfaktura ska tillkomma vid varje debitering.

**Jag är inte medlem i SOF eller i Svenska Läkarförbunder och betalar själv in**

**medlemsavgift 100 kr för innevarande år,**

**SSAS konto** PG: 520390-6 eller Bankgiro 441-2276 (Nordea)

GLÖM INTE ANGE VEM BETALNINGEN AVSER!

**Personuppgifter hanteras enligt GDPR (avtal om medlemskap):**- för att du är medlem i sällskapet

- när vi fakturerar och bokför och sköter annan föreningsverksamhet,
- när vi beskriver vår verksamhet på webben och våra sociala medier
- och när du skickar e-post till oss.

Vi sparar inte dina uppgifter när du lämnar föreningen förutom underlag till myndigheter och det som finns i bokföringen.

Insändes till Svenska Skulder- och Armbågssällskapet

Dess sekreterare; hanna.bjornsson.hallgren@regionostergotland.se