Indmeldelsesblanket

Jeg ønsker hermed at blive medlem af DKDK, Danske Demenskoordinatorer.

Fulde navn: _____

Privat-adresse: _____

Postnr. og by: _____

Tlf.: _____

Mail: _____

Arbejdskommune og evt. afd.: _____

Oprindelig faglig uddannelse: _____

Demensefteruddannelse (år og sted): _____

Nuværende stilling: _____

Kontingentopkrævning:

☐ Jeg betaler selv mit kontingent - *Du får indbetalingskort på din postadresse, hvorefter du kan tilmelde den PBS.*

☐ Kommunen betaler mit kontingent - *Angiv EAN:* _____

NB ved EAN-betaling - Medlemskabet er personligt
Vi gør opmærksom på, at selvom du får medlemskabet betalt af din arbejdsplads, er det personligt og kan ikke overføres til andre. Hvis betalingen via ovenstående EAN-nummer på et tidspunkt afvises, sendes kontingentopkrævningen i stedet direkte til dig, indtil du selv opsiger dit medlemskab.

Dato og underskrift*

** Med din underskrift giver du samtykke til, at DKDK må registrere og behandle oplysning om dig jf. foreningens privatlivspolitik. Endvidere samtykker du, at vi benytter den oplyste e-mail til udsendelse af medlemsblade og anden relevant information.*

Sendes sammen med eventuel kopi af dit kursusbevis(er) til info@demens-dk.dk

Du kan også sende den med post til:

DKDK
Svend Aukens Plads 11
2300 Kbh S