

Tietojenluovutuslomake

Haluan lisätietoa Muistiyhdistyksen ja Muistiluotsiasiantuntija- ja tukikeskus Kainuun työikäistoiminnan tarjoamasta maksuttomasta tuesta ja palveluista. Annan suostumukseni, että paikallinen työikäistoiminnan muistiasiantuntija ottaa minuun yhteyttä.

Nimi

Puhelinnumero

Tietoni ovat luottamuksellisia, eikä niitä tallenneta Kainuun Muistiyhdistykselle.

Allekirjoitus	Päivämäärä
---------------	------------

Asiakas on antanut kirjallisen suostumuksen yhteydenottoon.
Yhteydenotto ei velvoita mihinkään.

Lähetävä taho	Päivämäärä
---------------	------------