

POLIOINVALIDIT RY Kumpulantie 1 A 6 krs. 00520 Helsinki		Jäsenhakemus
Sukunimi:		
Etunimet:		
Syntymäaika:	Syntymäpaikka:	
Lähiosoite :		
Postinumero:	Postitoimipaikka:	
Kotikunta:		
Puhelin:		
Polioon sairastumisvuosi:		
Polion aiheuttamat vammat:		
Liikkuessa tarvitsemani apuvälineet:		
Koulutus:	Ammatti :	
Lisätietoja:		
Paikka ja aika	Allekirjoitus	