

Jag vill gå med i anhöriggruppen för anhöriga till personer med demens

Lämna dina kontaktuppgifter så skickar vi information om program

Namn:.....

Adress: .....

.....

E-post .....

Telefon (frivilligt): .....

Jag föredrar utskick via:                       E-post                       Brev

Jag samtycker till att mina personuppgifter behandlas enligt GDPR. Gislaveds Kommun sparar dina lämnade personuppgifter i en adresslista som behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) som endast lagras så länge det är relevant. Läs mer om hur Gislaveds kommun behandlar dina personuppgifter på [www.gislaved.se/gdpr](http://www.gislaved.se/gdpr)

---

Skicka din anmälan till:

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**  
Enheten för bistånd  
Demensteamet  
Gislaveds kommun  
332 80 GISLAVED