



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

ALKUAVUSTUS- JA JÄSENHAKEMUS

Yhdistys täyttää: Hyväksyjä _____ Maksu pvm. _____ Summa _____

Pohjanmaan Syöpäyhdistys maksaa 700€ kerta-avustuksen syöpään sairastuneen, alle 18 vuotiaan lapsen perheelle, edellyttäen että ainakin toinen vanhemmista on yhdistyksen jäsen. Avustuksen saajalle ei makseta hoitopäiväkorvausta. Avustus maksetaan uudelleen mikäli tauti uusii. Perhe liittyy yhdistyksen jäseneksi täyttämällä tämän lomakkeen.

Lapsen koko nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Sairastumisajankohta: _____

Hakijan(huoltajan) koko nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite ja postitoimipaikka _____

Sähköposti _____ Puhelinnumero _____

Pankkitili: _____

Sairaalan edustajan nimi: _____

Allekirjoitus _____

Lisätietoja: _____

Muut lapset ja heidän syntymäaikansa: _____

Perhe haluaa liittyä Eppuleihin ja saada heidän postin kija on aiemmin liittynyt jäseneksi

Päiväys: _____ Hakijan allekirjoitus: _____

Postita hakumus Vaasaan, Pohjanmaan Syöpäyhdistys, Alatori 3, 65100 Vaasa 010-8436 000

Muut neuvonta-asetat: Seinäjoki:

Kauppakatu 1
60100 Seinäjoki
010-8436 010

Kokkola:

Mannerheimin aukio 1
67100 Kokkola
010-8436 008

Pietarsaari:

Malmin sairaala
68600 Pietarsaari
010-8436 011

