



HOITOPÄIVÄKORVAUSHAKEMUS

Nimi _____ Puh _____

Osoite _____

Sähköposti _____

Henkilötunnus _____

Tilinumero _____

Diagnoosi _____

Hoitopäivät (6kk takautuvasti) _____

_____ Päiviä yhteensä _____

Todistuksen antaja _____

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Yhteystiedot _____

Potilaan allekirjoitus _____

Liityn Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäseneksi

Olen jo Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäsen

Syöpäyhdistyksen jäsen on oikeutettu hoitopäiväkorvaukseen. Hoitohenkilökunnan täyttäessä hakemuksen ei laskukopioita tarvitse liittää. Hoitopäiväkorvausta maksetaan 30 päivää/kalenterivuosi. Korvauksen määrä on 5€/hoitokerta. Korvaus on anottava kuuden kuukauden kuluessa siitä päivästä alkaen josta sitä halutaan.

Tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy ainoastaan avustuksia käsittelevillä henkilöillä.

Palautus: Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry, Alatori 3, 65100 Vaasa

Puh. 010-8436001