



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

BIDRAGS- OCH MEDLEMSKAPSANSÖKAN

Föreningen fyller i: Godkänt av: _____ Bet. Dag: _____ Summa: _____

Österbottens cancerförening betalar ett engångsbidrag på 700€ till familj med barn under 18 år som insjuknat i cancer. För betalning krävs medlemskap i föreningen. Vårdtagsersättning betalas inte. Bidraget betalas på nytt ifall barnet insjuknar på nytt. Familjen blir medlem i föreningenn genom att fylla i denna blankett.

Barnets alla namn: _____ Personbeteckning: _____

När insjuknade hen: _____

Ansökarens / Förälderns namn: _____ Personbeteckning: _____

Adress: _____

e-post _____ Telefon _____

Kontonummer: _____

Sjukhusets representant: _____

Underskrift: _____

Tilläggsuppgifter: _____

Syskon samt deras födelsetider: _____

Familjen vill bli medlem i Eppulit (Cancerföreningens klubb för cancersjuka barn+familjer) o. få deras post

Datum: _____ Underskrift: _____

Posta ansökan till Vasa, Österbottens Cancerförening, Nedre torget 3, 65100 Vasa

Tel. 010-8436 000

Andra rådgivningsbyråer: Seinäjoki:

Kauppakatu 1
60100 Seinäjoki
010-8436 010

Karleby:

Mannerheimplatsen 1
67100 Karleby
010-8436 008

Jakobstad:

Malmska sjukhuset
68600 Jakobstad
010-8436 011

-

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

|