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 uusiutuu. Perhe liittyy yhdistyksen jäseneksi täyttämällä tämän lomakkeen.

Lapsen koko nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Sairastumisajankohta: _____

Hakijan (huoltajan) nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite ja postitoimipaikka: _____

Sähköposti: _____ Puhelinnumero: _____

Tilinumero: FI | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sairaalan edustajan nimi: _____

Allekirjoitus: _____

Lisätietoja: _____

Muut lapset ja heidän syntymäaikansa: _____

_____

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

Päiväys: _____ Hakijan allekirjoitus: _____

Postita hakemus Vaasaan keskustoimistoomme; **Pohjanmaan Syöpäyhdistys, Alatori 3, 65100 Vaasa**
Puh. 050 468 7273

Muut neuvonta-asemat:

Seinäjoki	Kokkola	Pietarsaari
Kauppakatu 1	Mannerheiminaukio 5	Malmin sairaala
60100 Seinäjoki	67100 Kokkola	68600 Pietarsaari
puh. 050 581 5861	puh. 050 443 1107	puh. 050 343 5298