



KESKI-SUOMEN
SYÖPÄYHDISTYS

Lähetetään osoitteella:

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry

Kilpisenkatu 5 B 9

40100 JYVÄSKYLÄ

P. 014 3330 220

SAIRAALAN TODISTUS SYÖPÄPOTILAAN SAIRAALAHOIDOSTA

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry:ltä jäsenetuna haettavaa hoitopäiväkorvausta varten

POTILAAN NIMI: _____

POSTIOSOITE: _____

TILINUMERO: _____

DIAGNOOSI: _____

HOITOAIKA: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

SAIRAALAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS:

PÄIVÄYS ____/____/20____

Syöpäyhdistyksen merkintöjä:

Korvattavat päivät _____ kpl á 5,00 € yht. _____

Liittymispäivä _____