



KESKI-SUOMEN
SYÖPÄYHDISTYS

ANOMUS ALKUAVUSTUKSESTA

(LAPSET ALLE 18V.)

Vastaanottaja:

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry

Kilpisenkatu 5 B 9

40100 JYVÄSKYLÄ

**Anon Keski-Suomen Syöpäyhdistykseltä avustusta lapseni syöpäsairauden vuoksi.
Avustus myönnetään jos toinen lapsen vanhemmista on Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen jäsen.**

Liityn jäseneksi (25 € /v. 2019)

Haluan Syöpä-lehden **Kyllä**

Ei

Lapsen nimi	Syntymäaika
Huoltajan nimi ja puhelinnumero	
Osoite, postinumero ja postitoimipaikka	
Sähköpostiosoite	
Pankkiyhteys	

Sairaalan työntekijä täyttää:

Diagnoosi	Sairaus todettu pv
Sairaalan edustajan nimi ja asema	
Puhelinnumero	

Päiväys ____ / ____ 20____ Allekirjoitus _____