



TODISTUS SYÖPÄPOTILAAN SAIRAALAHOIDOSTA

Saimaan Syöpäyhdistys ry:ltä jäsenetuna haettavaa hoitopäiväkorvausta varten

Nimi _____
Puhelinnumero _____
Osoite _____

Tilinumero IBAN _____
Sairaala ja hoitoaika _____

Liitteenä kopiot sairaalalaskuista

Kopioita ei palauteta, vaan ne tuhotaan hakemuksen käsittelyn jälkeen asianmukaisesti.

Hakemuksen tiedot tallennetaan Saimaan Syöpäyhdistyksen asiakasrekisteriin. Tietoja käytetään tilastointiin ja raportointiin. Tiedot pidetään salassa eikä niitä luovuteta ulkopuolisille.

SAIRAALAN / SYÖPÄYHDISTYKSEN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS

Päiväys _____

Laskukopiot tarkistettu

Syöpäyhdistyksen merkintöjä:

Korvattavat päivät _____ kpl á 2 € yht. _____ €

Lähetetään osoitteeseen:

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Kauppakatu 40 D
53100 Lappeenranta

www.saimaansyopayhdistys.fi

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Lappeenrannan neuvontapalvelu
Kauppakatu 40 D 2.krs
puh. 05 451 3770
saimaa@sasy.fi

Mikkelin neuvontapalvelu
Porrassalmenkatu 13 B 21
50100 Mikkelä
puh. 040 767 4048
mikkeli@sasy.fi

Pieksämäen neuvontapalvelu
Lampolahdenkatu 6
76100 Pieksämäki
puh. 040 767 4043
pieksamaki@sasy.fi

Savonlinnan neuvontapalvelu
Tulliportinkatu 1-5 B 40
57100 Savonlinna
puh. 040 767 4033
savonlinna@sasy.fi