



SATAKUNNAN SYÖPÄYHDISTYS R.Y
Yrjönkatu 2, 28100 PORI
puh. 02 6305 750
e-mail. toimisto@satakunnansyopayhdistys.fi
www.satakunnansyopayhdistys.fi

voimassa toistaiseksi

JÄSENKORVAUSHAKEMUS

LASTEN (alle 18 v) ja NUORTEN (18-30 v) avustuksia haetaan eri lomakkeilla.

Jäsenen nimi _____ Synt.aika _____

Liittymispäivä (yhdistys täyttää) _____

Lähiosoite ja postitoimipaikka _____

Puhelinnumero koti/työ/sähköposti _____

Tilinumero FI _____

HUOM! Maksamme jäsenavustuksen aina viitenumerolla 20132

Syöpäsairaus, minkä vuoksi ollut sairaalassa/poliklinikalla _____

Hoitopäiväkorvausta haetaan ajalta: _____

Haettavista PÄIVISTÄ on annettava selvitys esim. valokopio laskusta tai hoitopaikan edustajan selvitys.

Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Satakunnan Syöpäyhdistyksen hoitopäiväkorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamani terveys- ja muita henkilötietojani.

Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy vain hoitopäiväkorvauksia käsittelevillä työntekijöillä.

Hoitopäiväkorvaushakemus ja siinä antamani tiedot hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden loppuun mennessä.

_____ / _____ 20_____

Jäsenen allekirjoitus

_____ / _____ 20_____

Lääkärin/sairaanhoitajan/sosiaalityöntekijän/
sairaalan edustajan allekirjoitus ja puhelinnumero