



TODISTUS SYÖPÄPOTILAAN SAIRAALAHOIDOSTA

Saimaan Syöpäyhdistys ry:ltä jäsenetuna haettavaa hoitopäiväkorvausta varten

Nimi	_____
Puhelinnumero	_____
Osoite	_____ _____ _____
Tilinumero IBAN	_____
Sairaala ja hoitoaika	_____ _____ _____ _____ _____

Huom! Sairaalan edustaja(t) merkitsee hoitojaksot ja vahvistaa todistuksen allekirjoituksellaan.

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

SAIRAALAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMEN SELVENNYS

Päiväys _____

Todistus/hakemus toimitetaan osoitteeseen:

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Kauppakatu 40 D
53100 Lappeenranta

Saimaan Syöpäyhdistyksen merkinnät:

Korvattavat päivät _____ kpl á 2 €	yht. _____ €
Hyväksytty maksuun ____ / ____ 2025	Hyväksyjä _____

Yhdistyksen toimisto, sähköposti: saimaa@sasy.fi

www.saimaansyopayhdistys.fi

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Lappeenrannan toimipaikka
Kauppakatu 40 D 2.krs
53100 Lappeenranta
toimisto puh. 05 451 3770

Mikkelin toimipaikka
Porrassalmenkatu 13 B 21
50100 Mikkelä
puh. 040 767 4048

Pieksämäen toimipaikka
Lampolahdenkatu 6
76100 Pieksämäki
puh. 040 767 4043

Savonlinnan toimipaikka
Tulliportinkatu 1-5 B 40
57100 Savonlinna
puh. 040 767 4033