



HAKEMUS JÄSENETUNA MAKSETTAVAAN HOITOPÄIVÄKORVAUKSEEN

Olen ollut syöpäpotilaana sairaalahoidossa.

Nimi _____

Puhelinnumero _____

Osoite _____

Tilinumero IBAN _____

Sairaala ja hoitoaika _____

Liitteenä kopiot sairaalalaskuista

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

**Hakijan allekirjoitus
ja nimenselvennys**

Hakemus lähetetään osoitteeseen Saimaan Syöpäyhdistys ry, Kauppakatu 40 D, 53100 Lappeenranta
tai toimitetaan laskukopioineen tarkastettavaksi yhdistyksen sairaanhoitajalle, osoitteet alla.

Saimaan Syöpäyhdistyksen merkintöjä:

Laskukopiot tarkastettu Tarkastanut _____

Korvattavat päivät _____ kpl á 2 € yht. _____ € Hyväksytyt maksuun ____ / ____

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

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