



POHJOIS-SAVON  
SYÖPÄYHDISTYS

JUHO-PEKKA SALORANNAN MUISTORAHASTO

## ANOMUS TALOUDELLISESTA TUESTA

Lapsen nimi ja syntymäaika \_\_\_\_\_

Sairaus ja toteamis aika \_\_\_\_\_

Hakijan nimi ja syntymäaika \_\_\_\_\_

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ Pankkiyhteys \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Alkuavustus \_\_\_\_\_ €

Sairaalan hoitopäivämaksu \_\_\_\_\_ vrk:lta á \_\_\_\_\_ yhteensä \_\_\_\_\_ €

Sairaalamatkat, omavastuu \_\_\_\_\_ € Pysäköinti \_\_\_\_\_ €

Lääkkeet, omavastuu \_\_\_\_\_ €

Muut \_\_\_\_\_

Kaikki yhteensä \_\_\_\_\_ €

Anomuspäätöksen tiedonanto:

Kirjepostilla \_\_\_\_\_

Sähköpostilla \_\_\_\_\_

### Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen avustuksia hoitaville henkilöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani terveys- ja henkilötietoja. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköisessä muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjalliset tiedot arkistoidaan lukollisiin tiloihin.

Paikka ja aika

Hakijan allekirjoitus

Liitä anomuksen mukaan kuitit tai muu luotettava selvitys kuluista.

Anomus palautetaan osoitteella:

**Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry**  
**Juho-Pekka Salorannan muistorahasto**  
**Kuninkaankatu 23 B, 70100 Kuopio**  
**Lisätietoja 017 - 580 1801, 050 - 561 8511**