



POHJOIS-SAVON
SYÖPÄYHDISTYS

TODISTUS

Syöpäpotilaan sairaala-/poliklinikkahoidosta Pohjois-Savon Syöpäyhdistykseltä
jäsenetuutena haettavaa virkistysrahaa varten.

**Jäsenyyden oltava voimassa hoidon tapahtuessa ja
virkistysrahaa tulee hakea 6 kk:n kuluessa hoitotapahtumasta.**

Potilaan nimi _____

Puh. _____

Postiosoite _____

Tilinumero (IBAN-muoto) FI _____

Virkistysrahaa haetaan ajalta

____ / ____ - ____ / ____ 20____

____ / ____ - ____ / ____ 20____

____ / ____ - ____ / ____ 20____

____ / ____ - ____ / ____ 20____

____ / ____ - ____ / ____ 20____

____ / ____ - ____ / ____ 20____

Sairaalan / tk:n nimi ja leima _____

Päiväys _____ Todistuksen antaja _____ Virka-asema _____

Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen avustuksia hoitaville henkilöille käsitellä
tässä hakemuksessa antamiani terveys- ja muita henkilötietojani.

Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköisessä muodossa olevat
tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Paperilomakkeella olevat tiedot
hävitetään asianmukaisesti.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Lomake palautetaan osoitteella:

Maksetaan:

POHJOIS-SAVON SYÖPÄYHDISTYS RY
Kuninkaankatu 23, 70100 Kuopio

_____ pv x 3 € = _____ €