



SUOMEN KURKKU- JA SUUSYÖPÄYHDISTYS RY
Kolmas linja 29, 00530 Helsinki
puh. 09-7318 0630, fax. 09-750 742

TODISTUS SYÖPÖTILAAN SAIRAALAHOIDOSTA

Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys ry:ltä jäsenetuutena haettavaa hoitopäiväkorvausta varten.

POTILAAN NIMI _____

OSOITE _____

PUHELIN _____

PANKKIYHTEYS _____

DIAGNOOSI _____

**HOITOAIKA ja/tai
KÄYNTIKERRAT** _____

SAIRAALA _____

Päiväys _____ / _____ **200** _____

Allekirjoitus _____
(sairaalan edustaja)

Nimen-
selvennys _____ **Puh.** _____

HUOM! Todistukseen ei tarvitse liittää maksukuitteja!

Palautus Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys ry:n toimistoon sivun yläreunassa olevaan osoitteeseen.