



## HOITOPÄIVÄKORVAUSHAKEMUS 2017 (jatkohakemus)

**Jäsenen nimi** \_\_\_\_\_

Jäsennumero \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**Tilinumero** \_\_\_\_\_

---

***Liitäthän mukaan laskukopiot!***

---

Tämä lomake palautetaan **laskukopioiden** ja muiden tarvittavien selvitysten kanssa osoitteella:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y. / hoitopäiväkorvaukset  
Seiskarinkatu 35, 20900 Turku

tai sähköpostitse [camilla.carpelan@lssy.fi](mailto:camilla.carpelan@lssy.fi)

### **Lisätiedot:**

Camilla Carpelan  
järjestösihteeri  
050 591 4974  
[camilla.carpelan@lssy.fi](mailto:camilla.carpelan@lssy.fi)