



TODISTUS MAKSUKATON TÄYTTYMISESTÄ/hakemuslomake

Hakija	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelinnumero
	Postinumero ja -toimipaikka		Tilinumero (IBAN)
Huollettavat alle 18-vuotiaat lapset	Nimi	Henkilötunnus	Osoite, ellei edellä oleva

Asianhoitajan yhteystiedot (edellyttää valtakirjaa)	Nimi		Puhelinnumero
	Osoite		Postinumero ja -toimipaikka
Valtakirja	<input type="checkbox"/> liitteenä		
Todistus postitetaan	<input type="checkbox"/> hakijalle <input type="checkbox"/> asianhoitajalle		

Suostumus	Suostun siihen, että muut julkisen terveydenhuollon toimintayksiköt saavat luovuttaa asiakkuuttani koskevat maksutiedot, jotka ovat tarpeen maksukatton selvittämistä varten. <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Jos vastasitte kyllä, missä kunnissa tai sairaanhoitopiireissä olette olleet hoidettavana?	

Seurantalomake:

Käyntipäivät/hoitojaksot	Veloitettu asiakasmaksu (euroa)

Hakijan allekirjoitus	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.		
	Paikka	Päiväys	Allekirjoitus