

Umsóknareyðublað fyrir Sjúkrasjóð Öldunnar stéttarfélags

kennitala

Nafn

sími

heimilisfang

Vinnuveitandi:

Sótt er um:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> styrk v. frjósemisaðgerðar | <input type="checkbox"/> styrk vegna dvalar á meðferðarstofnun |
| <input type="checkbox"/> endurgreiðslu v. krabbameinsleitar | <input type="checkbox"/> endurgreiðslu v. ferðakostnaðar við læknisferðir |
| <input type="checkbox"/> v. krabbameinsleitar, framhaldsskoðunar | |
| <input type="checkbox"/> endurgreiðslu v. líkamsræktar | <input type="checkbox"/> dánarbætur |
| <input type="checkbox"/> styrk vegna gleraugnakaupa | <input type="checkbox"/> styrk vegna laseraðgerðar |
| <input type="checkbox"/> styrk vegna heyrnartækjakaupa | <input type="checkbox"/> styrk vegna hjartarannsóknar |
| <input type="checkbox"/> endurgreiðslu v. sjúkraþjálfunar | <input type="checkbox"/> styrk skv. 12. grein |

bankareikningsupplýsingar:

Bankanúmer: _____

Athugasemdir:

dagsetning og undirskrift

Aldan stéttarfélag, Borgarmýri 1, 550 Sauðárkróki
kt. 560169-1169, sími 453 5433, fax 453 6033