

Ansökan om frikort

Klientens kontaktuppgifter

Efternamn	Alla förnamn	Personbeteckning
Adress		Postnummer och postanstalt
Telefon	Bankkontonummer i IBAN-format (för eventuell återbetalning)	

Kontaktinformation för ombud (förutsätter fullmakt)

Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postanstalt

Frikortet postas till

Klienten	Ombudet
----------	---------

Klientens samtycke

Jag samtycker till att övriga verksamhetsenheter inom den offentliga hälso- och sjukvården får lämna ut de betalningsuppgifter om min kundrelation som behövs för att utreda avgiftstaket.	
Ja	Nej
Om svaret är ja, i vilka välfärdsområden har klienten fått vård?	

Uppföljningsblankett

Besöksdagar/vårdperioder	Debiterad klientavgift (euro)

Fullmakt

Bifogas

Underskrift

Dina personuppgifter sparas i Västra Nylands välfärdsområdes informationssystem. Personuppgifterna är sekretessbelagda och de lämnas endast ut med stöd av lagen eller ditt tillstånd. På vår webbplats finns en dataskyddsbeskrivning, där vi berättar närmare om hur dina personuppgifter behandlas och om dina rättigheter med tanke på personuppgifterna.

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga.

Plats och datum

Klientens underskrift och namnförtydligande

Ansökan skickas till:

Ansökan om avgiftstak, PB 40, 02033 VÄSTRA NYLANDS VÄLFÄRDSOMRÅDE