



Korvaushakemus koskien hoidon aikana kadonnutta/rikkoutunutta omaisuutta tai aiheutunutta muuta vahinkoa tai kuluerää

| | |
|--|---|
| Hoidon aikana kadonnut/rikkoutunut omaisuus, muu vahinko tai kuluerä (lasku oheisena) | |
| Tapahtumapaikka (sairaala, osasto/poliklinikka/muu yksikkö) | |
| Tapahtuma-aika (päivät, jolloin ollut hoidossa) | |
| Tapahtumaselostus | |
| Hakijan nimi | Hakijan henkilötunnus |
| Hakijan osoite | Hakijan pankkitilin numero, jolle mahdollinen korvaus voidaan maksaa |
| Puh. | |
| Päiväys ja hakijan allekirjoitus | |
| Liitteet | |

Korvaushakemus toimitetaan:

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Hallintokeskus
PL 8041 (käyntiosoite Porokatu 39 C)
96101 Rovaniemi