

## AVUSTUSLOMAKE

(LAPSET ALLE 18V.)

Vastaanottaja:

**Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry**  
**Kilpisenkatu 5 B 9**  
**40100 JYVÄSKYLÄ**

Anon Keski-Suomen Syöpäyhdistykseltä alkuavustusta lapseni syöpäsairauden vuoksi

Anon avustusta muusta syystä

selvitys \_\_\_\_\_

**Avustus myönnetään, jos toinen lapsen vanhemmista on Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen jäsen.**

Liityn jäseneksi (28 € /v. 2025)

Haluan Syöpä-lehden **Kyllä**

**Ei**

Lapsen nimi	Syntymäaika
Huoltajan nimi ja puhelinnumero	
Osoite, postinumero ja postitoimipaikka	
Sähköpostiosoite	
Pankkiyhteys	

**Sairaalan työntekijä täyttää:**

Diagnoosi	Sairaus todettu pv
Sairaalan edustajan nimi ja asema	
Puhelinnumero	

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_