Äänekosken kaupunki / Terveyskeskus
Terveyskatu 8, 44100 Äänekoski

KORVAUSANOMUS OMAISUUDEN KATOAMISESTA TAI VAHINGOITTUMISESTA

Saapumispäivämäärä _____

Henkilö, jonka omaisuutta anomus koskee	**Nimi ja henkilötunnus** _____ **Osoite ja puhelinnumero**_____ _____ **Pankkiyhteys:** _____	
Vahingon tapahtuma-aika ja paikka: (yksikkö ja huone)	**Päivämäärä, jolloin vahinko sattui**:_____ **Yksikkö:**_____ **Huone, mikäli tiedossa:**_____	
Tapahtumien kulku: (mahdollisimman tarkka kuvaus tapahtuneesta ja osallisista henkilöistä)	(jatka tarvittaessa kääntöpuolelle)	
Korvaussumma: (kuitit liitteeksi)	Korvaussumma_____€; kuitit /kustannusarvio liitteenä	
Suostumus	☐ Annan suostumukseni, että tämän korvausasian käsittelemiseksi hoitooni liittyviä asiakirjoja saa tarvittaessa luovuttaa Äänekosken terveyskeskuksen asiaa käsittelevälle vakuutusyhtiölle. Asian ratkaisemisen kannalta luovutetaan vain tarpeellisia tietoja.	
Päiväys ja anomuksen tekijän allekirjoitus	**Päivämäärä**	**Allekirjoitus ja nimen selvennys**

Korvausanomus lähetetään: Äänekosken terveyskeskus/ Ylilääkäri
Terveyskatu 8 / PL 24
44101 Äänekoski