

# Umsóknareyðublað fyrir sjúkrasjóð Öldunnar stéttarfélags

kennitala:

nafn:

sími:

heimilisfang:

Vinnuveitandi:

## Sótt er um niðurgreiðslu á kostnaði vegna:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> frjósemisaðgerðar                                | <input type="checkbox"/> dvalar á meðferðarstofnun           |
| <input type="checkbox"/> krabbameinsleitar                                | <input type="checkbox"/> ferðakostnaðar við læknisferðir     |
| <input type="checkbox"/> annarrar krabbameinsleitar eða framhaldsskoðunar |  |
| <input type="checkbox"/> líkamsræktar                                     | <input type="checkbox"/> sjúkraþjálfunar                     |
| <input type="checkbox"/> gleraugnakaupa                                   | <input type="checkbox"/> laser-aðgerðar eða augasteinaskipta |
| <input type="checkbox"/> heyrnartækjakaupa                                | <input type="checkbox"/> áreynslu/þolprófs hjá Hjartavernd   |
| <input type="checkbox"/> viðtals hjá sálfræðingi eða ADHD greiningar      |  |

Sótt er um:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> dánarbætur | <input type="checkbox"/> annað, samkvæmt 12.grein |
|-------------------------------------|---|

## bankareikningsupplýsingar:

Bankanúmer: \_\_\_\_\_

Athugasemdir:

dagsetning og undirskrift

Aldan stéttarfélag

Borgarmýri 1

550 Sauðárkróki

kt. 560169-1169

sími 453 5433

skrifstofa@stettarfelag.is