HUOM! Tarvitset lomakkeen täyttöön Adobe Acrobat readerin

lataa koneellesi osoitteesta https://get.adobe.com/fi/reader/

Asiakas

Henkilötunnus

Hoivakoti

Annan luvan Suun terveyspalvelut HYMY Oy:lle edellä mainitun asiakkaan suun terveyden hoitamiseen ja suun terveyden edistämiseen. Lisäksi annan luvan hoitohenkilökunnalle luovuttaa tietoja asiakkaasta

Käynnit

- ☐ kerran kuukaudessa
- ☐ 3-4 kk välein
- ☐ 6 kk välein
- ☐ 12 kk välein
- ☐ hoitohenkilökunta voi tarvittaessa kutsua ylimääräiselle käynnille

Laskutusosoite

Puhelinnumero

Paikka ja päivämäärä

Omaisen/edunvalvojan allekirjoitus

Nimenselvennys

Suun terveyspalvelut HYMY Oy
Y-tunnus 2518586-5
p.040 171 8861