|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| **VALTAKIRJA** |
|  |
|  |
|  |
| Minä (työnantaja) |       |
|  |
| Henkilötunnus: |       | **-** |       |
|  |
|  |
| valtuutan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän **(Y-tunnus** 2496986-0) hakemaan puolestani henkilökohtaisen avustajan työterveyshuollosta tulevan KELA-korvauksen |
|  |
| KELA:sta saatava korvaus maksetaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle. |
|  |
| Valtakirja on voimassa toistaiseksi kunnes toisin ilmoitan. |
|  |
|  |
|  |
| Paikka ja aika |       |
|  |
| Allekirjoitus |       |
|  |
| Nimen selvennys |       |
|  |
| Osoite |       |
|  |
|  |       |

Palauta lomake osoitteeseen:

Kainuun sote

Vammaispalvelut

Riitta Moilanen

PL 400

87070 Kainuu