



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Perhepalvelut, vammaispalvelut

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

Postiosoite:

Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:

Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:

etunimi.sukunimi@kainuu.fi

Y-tunnus

2496986-0

Pankki:

Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet

www.kainuu.fi