

Анкета персональных данных иностранного пациента.

Вы должны подтвердить Вашу личность посредством паспорта или иного удостоверения личности.

Заполняет персонал / Henkilökunta täyttää:

Henkilöllisyys tunnistettu Kyllä  Ei

Тäytetty lomake ja kopio passista/ Eurooppalaisesta sairaskortista toimitetaan asiakastoimistoon!

Фамилия			
Имя			
Дата рождения		Язык	
Адрес проживания на родине	Улица		
	Почтовый индекс	Почтовое отделение	Телефон
Город проживания			Страна проживания
Электронная почта			Как долго Вы будете в Финляндии?
Адрес в Финляндии	Улица		
	Почтовый индекс		Почтовое отделение
Контактное лицо в Финляндии	Имя		Номер телефона
	Адрес		Электронная почта

Европейская карта медстрахования / Сертификат права получения медобслуживания в Финляндии (Kela)  
Да  Нет

(Копию необходимо предоставить в клиентский офис! / Kopio asiakastoimistoon tarvitaan!)

Паспорт, ID-карта, банковская ID-карта или водительское удостоверение Да  Нет

(Копию необходимо предоставить в клиентский офис! / Kopio asiakastoimistoon tarvitaan!)

Дата	Подпись
____/____/20____	_____