



SAMMEN
GØR VI FORSKELLEN

FOA/KLS' FYS-FOND

Ansøgning om støtte til behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller fodterapeut

Cpr.nr.:		
Navn:		
Adresse:		
MAILADRESSE: FOA/KLS sender <i>ikke</i> fysiske breve, så du kan kun modtage besked fra os, hvis du oplyser mailadresse og/eller mobiltelefonnummer		
MOBILTELEFON: FOA/KLS sender <i>ikke</i> fysiske breve, så du kan kun modtage besked fra os, hvis du oplyser mailadresse og/eller mobiltelefonnummer		
Behandling ordineret af læge den (dato):	Behandling påbegyndt den (dato):	Jeg ansøger om følgende beløb (max. 1.500,00 kr. pr. kalenderår):
Beløbet ønskes indsat på: Reg.nr: _____ Kontonummer: _____		
BEMÆRK: For at vi kan behandle ansøgningen SKAL følgende være vedlagt: Ved fysioterapi: dokumentation for lægehenvi sning + kvittering(er) for egenbetaling Ved fodterapi og kiropraktor: kvittering(er) for egenbetaling.		
Dato:	Underskrift:	