

Maksusitoumuspyyntölomakkeen vastaanottaja:

 Pieksämäen kaupungin perusturva/terveystoimi
 vastaanotto- ja sairaalapalvelujen tulosaluejohtaja
 PL 101

76101 Pieksämäki

Maksusitoumuksen saaja / paikka, jossa hoito annetaan:

Pyydän, että _____

TIEDOT POTILAASTA	Nimi		Henkilötunnus
	Katuosoite		
	Postitoimipaikka	Puhelinnumero	
MAKSU- SITOUMUksen TARKOITUS JA PERUSTELUT	Tutkimukset, hoidot tai laboratoriotutkimukset, joihin pyydän maksusitoumusta		
	ajalle _____ - _____ toistaiseksi _____ / _____ 20_____ alkaen <input type="checkbox"/> avosairaanhoito <input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/> laboratoriotutkimukset <input type="checkbox"/> neuvolapalvelut <input type="checkbox"/> röntgentutkimukset <input type="checkbox"/> koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto <input type="checkbox"/> päihde- ja mielenterveyspalvelut <input type="checkbox"/> perheneuvola <input type="checkbox"/> suun terveydenhuolto <input type="checkbox"/> muu; esim. haavanhoito-, diabetustuotteet tarvittaessa <input type="checkbox"/> lääkinnällinen kuntoutus		
PAIKKA, JOSSA TARVITSE- MANI HOITO ANNETAAN	Hoitopaikan nimi		
	Hoitopaikan osoite		
ALLE- KIRJOITUS	Paikka ja päivämäärä	Maksusitoumuksen pyytäjän allekirjoitus ja nimen selvennys	

**MAKSUSITOUMUS/
PÄÄTÖS**

Päiväys: _____ / _____ 20_____

Myöntäjän allekirjoitus, virka-asema ja nimenselvennys

Myönnän anotut palvelut / tarvikkeet:

 Pieksämäen kaupunki
 Y-tunnus: 2048903-4
Laskutusosoite:
 Pieksämäen kaupunki
 Perusturva
 PL 79
 76101 Pieksämäki

Verkkolaskuosoite:
 Pieksämäen kaupunki, TE 003720489034
 Välittäjä + tunnus: Tieto Oyj 003701011385