



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Pólgötu 2. 400 Ísafirði. Sími: 456-5190 – Fax: 456-3113

Veffang: <http://www.verkvest.is/>

Netfang: postur@verkvest.is

Umsókn um endurgreiðslu úr sjúkrasjóði vegna krabbameinsskoðunar

Umsækjandi: _____

Kennitala: _____ Sími _____

Heimili: _____ Póstnúmer: _____

Bankareikningur: Banki _____ Hb. _____ Reikn.nr. _____

Umsókn þarf að fylgja reikningur fyrir útlögðum kostnaði.

.

Vinnustaðir síðustu 12 mánuði _____

Staður _____ dags. _____

Undirskrift. umsækjanda