

POTILASVAKUUTUKSEN LIITTYMISLOMAKE

Palautetaan Psykologiliiton toimistoon os. Bulevardi 30 B 3, 00120 Helsinki

Haluan, että minut liitetään Psykologiliiton potilasvakuutukseen alkaen

_____ (päivä, kuukausi, vuosi)

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Kotiosoite _____

Kotipuhelin _____

Vastaanoton nimi _____

Vastaanoton osoite _____

Puhelin vastaanotolle _____

Tarkka psykologiksi laillistamispäivämäärä _____

Olen tehnyt aluehallintovirastolle ilmoituksen toiminnastani itsenäisenä ammatinharjoittajana. Tekemäni ilmoituksen mukaan ammatinharjoittamiseni käynnistymispäivämäärä on

_____ (päivä, kuukausi, vuosi)

Myyn seuraavia terveydenhuollon palveluja

Minulla on tällä hetkellä voimassa oleva potilasvakuutus vakuutusyhtiö Pohjolassa

Kyllä Ei

Minulla on tällä hetkellä voimassa oleva potilasvakuutus muussa vakuutusyhtiössä

Kyllä Ei

Vakuutusyhtiön nimi _____

Valtuutan Psykologiliiton sanomaan irti aiemman potilasvakuutukseni

Paikka

Päiväys

Allekirjoitus