



## Sjúkrasjóður Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis

Miðnestorgi 3, 245 Sandgerði – Sími 423-7725

Heimasíða: [www.vsfs.is](http://www.vsfs.is) Netfang: vsfs@vsfs.is

### Umsókn um (merkið við):

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sjúkranudd      | <input type="checkbox"/> Gleraugu   | <input type="checkbox"/> Hjartavernd    |
| <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun   | <input type="checkbox"/> Augnaðgerð | <input type="checkbox"/> Krabbam.skoðun |
| <input type="checkbox"/> Geð og sálfræði | <input type="checkbox"/> Heilsurækt | <input type="checkbox"/> Dánarbætur     |

Annað: \_\_\_\_\_

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Heimasími: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Vinnustaður: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_

Númer banka: \_\_\_\_\_ Höfuðbók: \_\_\_\_\_ Reikningur: \_\_\_\_\_

**Umsækanda ber að sanna rétt sinn til styrks með viðeigandi gögnum.**  
Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tilvísun læknis            | <input type="checkbox"/> Afrit af nýjasta launaseðli |
| <input type="checkbox"/> Frumrit af greiðslukvittun | <input type="checkbox"/> Önnur gögn: _____           |

Sandgerði \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla stjórnar Sjúkrasjóðs Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis:

Reiknað starfshlutfall s.l. 12 mánuði: \_\_\_\_\_

Úrskurður um styrk: \_\_\_\_\_

Sandgerði \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

F.h. Sjúkrasjóðs Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis