



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Mittente

KPT
Casella postale
3001 Berna

Indennità per la perdita di guadagno e/o altra spesa del donatore in seguito a donazione di rene, fegato o cellule staminali

Tipo di trapianto _____
Ospedale esecutore _____

Donatore/Donatrice

Nome, Cognome	_____	Professione svolta	_____
Via	_____	Indipendente	_____
NPA/Località	_____	Dipendente	_____
Data di nascita	_____		
Rapporto con il/la ricevente	_____		
Assicuratore malattia	_____	Polizza n.	_____

Datore di lavoro del donatore / della donatrice

Società	_____		
Via	_____		
NPA/Località	_____		
Banca	_____	Conto bancario	_____
	_____	IBAN	_____

Ricevente

Nome, Cognome	_____		
Via	_____		
NPA/Località	_____		
Data di nascita	_____		
Assicuratore malattia	_____	Polizza n.	_____

Allegati

Per il rimborso di spese ulteriori occorre presentare i seguenti giustificativi originali:

Attestato di lavoro del datore di lavoro (solo per dipendenti)
Ultima imposizione definitiva (solo per lavoratori indipendenti)
Conteggio del salario mensile
3 – 6 conteggi del salario mensile (per dipendenti con salario orario)
Certificato medico conclusivo per la durata dell'incapacità lavorativa
Polizza di versamento del datore di lavoro o della ditta
Ricevute / giustificativi vari

Luogo e data	_____	Firma del donatore/ della donatrice	_____
--------------	-------	--	-------