

Αριθ.Πρωτ : _____
Ημερ.Παρ. : _____

ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ¹

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ/...../..... ΕΩΣ/...../.....

ΘΕΜΑ : Υποβολή Δικαιολογητικών Υγειονομικής Περίθαλψης

ΠΡΟΣ : ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΥΠΟΔΟΜΩΝ, ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
& ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ-
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ/3^ο ΤΜΗΜΑ
ΑΚΤΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ (ΠΥΛΗ Ε1-Ε2)
185 10, ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : _____
ΕΠΩΝΥΜΟ : _____
ΟΝΟΜΑ : _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____
ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ : _____
ΠΕΡΙΟΧΗ : _____
ΤΗΛ.ΣΤΑΘΕΡΟ : _____
ΤΗΛ.ΚΙΝΗΤΟ : _____
Δ.Ο.Υ. : _____
Α.Φ.Μ : _____
Α.Μ.Κ.Α : _____
E-mail : _____

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με εντολές
& αναλυτικές καταστάσεις

Αγοράς Φαρμάκων

Ιατρικών Επισκέψεων

Ιατρικών Πράξεων

Λογοθεραπειών

Φυσικοθεραπειών

Άλλο.....

από ____ / ____ / ____ έως ____ / ____ / ____

ποσού σε € _____

και παρακαλώ για την εξόφλησή τους.

_____, ____ / ____ / ____
(Τόπος) (Ημερομηνία)

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ:

(ΔΙΑΓΡΑΨΤΕ ΟΣΑ ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ)

1. Αναλυτική Κατάσταση (εις τριπλούν) (φ. 03)
2. Εντολές² (φ.)
3. Τιμολόγιο με αριθ. _____ (φ.)
4. Αντίγραφο Σύμβασης (φ.)
5. Υπεύθυνη Δήλωση (φ.)
6. Ιατρική Γνωμάτευση (φ.)
7. Γνωμάτευση ANYE (φ.)
8. Φωτ/φο Βιβλιαρίου Τραπέζης (φ.)
9. _____ (φ.)

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)

Επισυνάπτεται Φωτοαντίγραφο του Βιβλιαρίου Τραπεζικού Λογαριασμού μου ή Βεβαίωση Τραπέζης Τηρουμένου Λογαριασμού που αναγράφεται ο λογαριασμός IBAN.

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	:	_____
G	R	_____

¹ Σε περίπτωση αλλαγής των στοιχείων, τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη.

² Οι εντολές είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη Νομοθεσία.