ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ (ΚΑΕ 0521-03)
ΜΟΝΟ ΓΙΑ Φ.Υ.Κ.

ΘΕΜΑ : ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

(πληρωμής λογαριασμού)

ΕΠΩΝΥΜΟ/ΜΙΑ:…….

…….

ΟΝΟΜΑ: ……...……...

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……..

Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ: ….…….

ΠΕΡΙΟΧΗ:……..

Τ.Κ.:……..

ΑΡ.ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:…….

ΑΡ. ΚΙΝ.ΤΗΛ.:……..

Α.Φ.Μ:…….……

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ **Συγκεντρωτική κατάσταση εις τριπλούν.**
- ◊ **Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.**
- ◊ **Σύμβαση εκχώρησης**

ΝΑΙ	**ΟΧΙ**
☐	☐

Σημείωση:
1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΔΔ)

ΥΠΑΔ……

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με συνταγές ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο φαρμακείο μου για το χρονικό διάστημα από

ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ….....

ΑΡ.ΤΙΜΟΛ.ΗΜ/ΝΙΑ…….……

ΑΡΙΘΜΟΣΣΥΝΤΑΓΩΝ……

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (ΟΠΑΔ)….....€

ΑΡ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ- ΗΜ/ΝΙΑ ΕΤΥΑΠ…….……

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ……

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ(ΕΤΥΑΠ).....€

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση του λογαριασμού.

……../……./20……

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

G	**R**				**1**	**7**																		