

ΑΙΤΗΣΗ

Α.Γ.Μ.....
ΒΑΘΜΟΣ.....
ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ.....
Α.Μ.ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ.....
Α.Δ.Τ.....
Α.Φ.Μ.....
Α.Μ.Κ.Α.....
IBAN:GR.....
.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ.....
ΑΡΙΘ..... Τ.Κ.....
ΠΟΛΗ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΠΡΟΣ

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ
Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως ενεργήσετε προκειμένου μου χορηγηθεί το ποσό της συμμετοχής που δαπάνησα για:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(μετά των συνημμένων παραστατικών):

.....

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (Μικροβιολογικές-
Ακτινολογικές-Αναλώσιμα)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(μετά των συνημμένων παραστατικών):

.....

ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(μετά των συνημμένων παραστατικών):

.....

(α) του άμεσα ασφαλισμένου

.....

(β) του έμμεσα ασφαλισμένου

.....

Συνημμένα υποβάλω Ενημερωτικό
Σημείωμα Σύνταξης Γ.Λ.Κ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ