

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ Ε. Τ. Α. Α. – ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ**  
( συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο).

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ (τσεκάρουμε κατά περίπτωση):.....

- ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ
- ΔΙΚ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ.....
- ΣΥΝ/ΧΟΣ
- ΥΠΟΘΗΚΟΦΥΛΑΚΑΣ Α.Μ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ..... ΑΡΙΘΜ.....

ΠΟΛΗ..... Τ.Κ..... ΤΗΛ.....

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία) ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ:.....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΟΦΕΙΛΕΣ.....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ.....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΣΑ ΠΑΡΟΧΩΝ.....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ.....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ.....

ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ	Κ.Α.	ΠΟΣΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΑ ΣΕ €	ΠΟΣΑ ΕΓΚΡΙΘΕΝΤΑ ΣΕ €
1) ΙΑΤΡΙΚΗ	0671		
2) ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΗ	0671		
Φυσιοθεραπείες			
3) ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	0675		
4) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	0673		
5) ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	0672		
6) ΠΡΟΣΘΕΤΗ			
ΣΥΝΟΛΑ ΣΕ ΕΥΡΩ			

**ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ**

ΤΑΧ/ΚΑ ΤΕΛΗ: .....

ΟΦΕΙΛΕΣ : ..... ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ : .....

ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ : .....

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ  
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ