



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΑΡ. ΠΡΩΤ/ΛΟΥΥ :

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ : / / 2015

Κωδ. Δαπάνης :

ΑΙΤΗΣΗ & ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

ΑΙΤΗΣΗ

(Εδώ συμπληρώνεται τα στοιχεία του άμεσα ασφαλισμένου)

Προς : ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (023)

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ :

Ταμείο

Αρ. Μητρώου Βιβλιαρίου

ΑΜΚΑ

Α.Φ.Μ. :

Δ/ση Κατοικίας :

Τ.Κ. : Περιοχή :

Τηλέφωνο :

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!! ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:

- 1) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ 1ΗΣ ΣΕΛΙΔΑΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΤΡΑΠΕΖΗΣ/Η ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΜΕ ΤΟ ΙΒΑΝ ΟΠΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ Ο ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΠΡΩΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ
- 2) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ (ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΡΕΧΟΝΤΟΣ ΕΤΟΥΣ)

Σας υποβάλλω δικαιολογητικά δαπανών υγείας και παρακαλώ να ενεργήσετε για την έγκρισή τους και πληρωμή αυτών μέσω τραπεζικού λογαριασμού.

ΕΜΜΕΣΟ ΜΕΛΟΣ: Σύζυγος
Παιδί

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΜΕΛΟΥΣ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΑΜΚΑ ΜΕΛΟΥΣ :

<u>α/α στοιχεία δαπάνης</u>	<u>Ποσό</u>
1-
2-
3-
4-
5-
6-
	Σύνολο

Ο ΑΙΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ

ΙΒΑΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ή ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

G	R																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΤΡΑΠΕΖΑ :