

ΑΙΤΗΣΗ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ

ΠΡΟΣ: ΥΝΑΝΠ/ΓΔΟΥ/ΔΟΔ Α

ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ

Σας υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για:

(σημειώστε "X" στο αντίστοιχο κουτάκι)

☐	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ
☐	ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
☐	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ
☐	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ `
☐	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ
☐	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω
☐	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
☐	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ
☐	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ
☐	ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ (Σε μη συμβεβλημένες δομές)
☐	ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
☐	ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΙΣ
☐	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ
☐	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
☐	ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
☐	ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ
☐	ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ
☐	ΑΓΟΡΑ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ
☐	ΑΓΟΡΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ
☐	ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ – ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΚΟΜΗΣ
☐	ΑΓΟΡΑ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ
☐	ΑΓΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
☐	ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ
☐	ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ ΛΑΠ

και παρακαλώ για την έγκρισή τους,-

ΕΠΩΝΥΜΟ	:	
ΟΝΟΜΑ	:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	:	
ΒΑΘΜΟΣ	:	
Α.Μ.	:	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ	:	
ΤΗΛ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	:	
ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ	:	69
No ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ	:	
Α.Φ.Μ.	:	
Α.Μ.Κ.Α.	:	
ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	:	GR
ΤΡΑΠΕΖΗΣ (IBAN)	:	

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ:
(ΔΙΑΓΡΑΨΤΕ ΟΣΑ ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ)

1.

Υπόμνημα

(φ. 01)
2.

Εντολές ΒΥΠ
(για αγορά φαρμάκων
επισυνάπτονται κουπόνια)

(φ.)
3.

Αποδείξεις ή Τιμολόγια

(φ.)
4.

Φωτ/φο Βιβλιαρίου Τραπεζής
ή βεβαίωση τράπεζας με
σφραγίδα και υπογραφή που
να αναγράφει το IBAN

(φ.)
5.

Υπεύθυνη Δήλωση
(φυσικ/πείες, επίδομα τοκετού,
ορθοπεδικά κλπ)

(φ.)
6.

Ιατρική Γνωμάτευση

(φ.)
7.

Φύλλο Νοσηλείας

(φ.)
8.

Γνωμάτευση Α.Ν.Υ.Ε.

(φ.)
9.

Σετ φωτοαντιγράφων

(φ.)

(Τόπος) (Ημερομηνία)

Ο/Η Αιτ

(υπογραφή)