

**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 €
<b>1). ΙΑΤΡΙΚΗ</b>	<b>0671</b>		
<b>2)ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΗ</b>	<b>0671</b>		
<b>Φυσιοθεραπείες</b>			
<b>3)ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ</b>	<b>0675</b>		
<b>4)ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ</b>	<b>0673</b>		
<b>5)ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ</b>	<b>0672</b>		
<b>6)ΠΡΟΣΘΕΤΗ</b>			
<b>ΣΥΝΟΛΑ ΣΕ ΕΥΡΩ</b>			

**ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ**

**ΤΑΧ/ΚΑ ΤΕΛΗ:** .....

**ΟΦΕΙΛΕΣ :** .....

**ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ :** .....

**ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ :** .....

**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

**Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ**

**Ο ΕΛΕΓΧΟΣ  
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ**

**Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ**