

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΌΝΟΜΑ:
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:
Α.Μ.Κ.Α :
Δ/ΣΗ:
ΤΗΛ.:

Ημερομηνία:

ΣΥΝ. ΚΑΤΑΘΕΤΩ:

1. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
2. ΑΝΤΙΓΡ. ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ
3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ & Δ/ΝΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
4. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΛΟΓΩ ΟΦΕΙΛΩΝ
- 5.....

ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΛΕΙΟΥ
ΠΑΤΗΣΙΩΝ Γ,Ν.Ν ΙΩΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ
ΑΔΥΝΑΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΘΟΥΝ
ΤΑ ΣΥΝ/ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΟΥ/ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΝΑ ΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο αιτών/ούσα