

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ

1) ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (φωτοαντίγραφο) ΠΟΥ ΕΓΚΡΙΝΕΙ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

2) ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (που να έχει εξοφληθεί) ΟΠΟΥ ΘΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙΣΣΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΩΟΛΗΨΙΑ - ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ)

3) ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ ΟΤΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΥΠΕΒΛΗΘΗ ΣΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ, ΠΟΙΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΑΥΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ (ΩΟΛΗΨΙΑ Ή ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ) ΚΑΙ ΤΙΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΥΤΩΝ.

4) ΙΒΑΝ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

5) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΣΕΛΙΔΩΝ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ ΜΕ ΤΟ ΠΟΤΕ ΑΓΟΡΑΣΕ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ Η ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ

ΑΙΤΗΣΗ**Προς: ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ**(Στοιχεία & IBAN του άμεσα ασφαλισμένου,
ακόμη και αν η δαπάνη αφορά το μέλος)**ΕΠΩΝΥΜΟ:****ΟΝΟΜΑ:**

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ / ΜΗΤΡΟΣ:

ΑΣΦ/ΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:**ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

Τ.Κ.:

Δ/ΝΣΗ:

Αρ. Τηλεφ.:

Α.Φ.Μ.:

ΑΜΚΑ:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

**ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ:**ΝΑΙ ΟΧΙ **Ο ΕΛΕΓΞΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ:****ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:****ΑΡ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:**.....**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**.....

ΑΡ.ΑΙΤΗΣΗΣ:.....

ΑΡ.ΑΠΟΦΑΣΗΣ:.....

**Παρακαλώ, να εγκρίνετε τη
δαπάνη (ΕΙΔΟΣ)
συνολικού ποσού.....€****Α) εμού του ιδίου ή****Β) για το έμμεσο μέλος με ΑΜΚΑ:**

.....

 σύζυγο..... (ΟΝΟΜΑ) παιδί..... (ΟΝΟΜΑ)**IBAN (25 ΝΟΥΜΕΡΑ) ΤΟΥ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**GR

Συνημμένα: ()

Ο/Η Αιτ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)