



ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ (Για υπηρεσιακή χρήση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΛΟΥΣ: ΤΡΑΠΕΖΑ:
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ / ΥΠΗΡΕΣΙΑ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (εκτός ωρών εργασίας):

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ:

(Α) ΕΝΤΥΠΑ ΙΑΤΡΩΝ - ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ	ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ €

(Β) ΕΝΤΥΠΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ	ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ €

(Γ) ΑΛΛΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ €
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ	
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	
ΓΥΑΛΙΑ ΚΛΠ	
ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	
ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	
ΑΛΛΑ	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα όσα περιλαμβάνονται στην παρούσα απαίτηση είναι αληθή και ότι δεν υπάρχουν ψευδή δικαιολογητικά ή ψευδείς παραστάσεις, εν γνώσει μου ότι σε αντίθετη περίπτωση θα μου επιβληθούν οι κυρώσεις που προβλέπονται από το καταστατικό του Ταμείου.

Εξουσιοδοτώ τη Διαχειριστική Επιτροπή του Ταμείου να παραπέμψει κατά την κρίση της το σύνολο ή μέρος της παρούσας απαίτησης, σε γιατρό ή γιατρούς συνεργάτες του Ταμείου για θεώρηση / γνωμάτευση.

Υπογραφή μέλους: Ημερ.:

ΕΝΤΥΠΟ Γ-10/09