



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:.....

ΗΜ/ΝΙΑ..... /..... /20.....

ΚΑΕ:

Ασφ. Ικανότητα:

ΠΡΟΣ:

Την Περιφερειακή Δ/ση Ν.Βοιωτίας

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΤΑΜΕΙΟ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ:.....

ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:.....

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

ΑΜΚΑ ΑΜΕΣΑ:.....

ΑΦΜ:.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΤΚ:.....ΠΕΡΙΟΧΗ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....ΚΙΝ:.....

Συνημμένα: ( )

Σας εξουσιοδοτώ να πιστώσετε τον IBAN

Λογαριασμό Τραπέζης

GR.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε:

Του.....

ΑΜΚΑ ΕΜΜΕΣΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ/ΟΝΟΜΑ ΕΜΜΕΣΑ:.....

Α/Α	Αιτία Πληρωμής	Ποσό
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....

Σύνολο: .....ευρώ

Ο ΑΙΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ