|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\atsiatoura\Desktop\eopyy.jpg |

|  |
| --- |
| ΑΡ. ΠΡΩΤ/ΛΟΥ : . . . . . . . . . . . . .ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: . . . ./. . . . /20 . .Κωδ. Δαπάνης: . . . . . . . . . . . . . . .  |

  |

**ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

**ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**(Στοιχεία Άμεσα Ασφαλισμένου)Επώνυμο . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Όνομα . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Όνομα Πατέρα . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Όνομα Μητέρας . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Ταμείο . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .Αρ. Μητρώου Βιβλιαρίου . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ΑΜΚΑ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ΑΦΜ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Δ/νση Κατοικίας . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Περιοχή . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Τ.Κ. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Τηλέφωνο . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **ΕΜΜΕΣΟ ΜΕΛΟΣ**Σύζυγος □Παιδί □ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΛΟΥΣ:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ΑΜΚΑ ΜΕΛΟΥΣ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  | **ΠΡΟΣ**ΠΕ.ΔΙ **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Σας υποβάλλω τα κάτωθι δικαιολογητικά:**1. **Γνωμάτευση αρχικής διάγνωσης**
2. **Μηνιαία γνωμάτευση θεράποντος ιατρού**
3. **Παραστατικό πληρωμής (απόδειξη ή τιμολόγιο)**
4. **Φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπέζης**

**ΙΒΑΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ή ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ** **GR :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **ΤΡΑΠΕΖΑ :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Και παρακαλώ όπως ενεργήσετε για την έγκριση τους και την πληρωμή των δαπανών μέσω τραπεζικού λογαριασμού.**ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ**□ 100 ΕΥΡΩ□ 150 ΕΥΡΩ **Ο/Η ΑΙΤ . . . .** |