

## Ατομικά Στοιχεία Νοσηλευθέντος

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
ΑΜΚΑ:	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

## Ατομικά Στοιχεία Αιτούντος

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:	Συγγένεια:

## Παρακαλώ να μου χορηγήσετε: (σημειώστε με X)

Αντίγραφο Ιατρικού Φακέλου

Πιστοποιητικό Νοσηλείας

Νοσηλεία από..... έως ..... στην .....Κλινική

Άλλο:.....

## Προκειμένου να χρησιμοποιήσω: (σημειώστε με X)

Ασφαλιστικό Ταμείο <input type="checkbox"/>	ΚΕ.Π.Α. <input type="checkbox"/>	Δικαστική Χρήση <input type="checkbox"/>
Άλλο: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## Τρόπος παραλαβής: (σημειώστε με X)

Θα το παραλάβω Αυτοπροσώπως: <input type="checkbox"/>
Άλλος (επισυνάπτεται εξουσιοδότηση): <input type="checkbox"/>
E-mail: <input type="checkbox"/>
Ταχυδρομικώς/courier (χρέωση παραλήπτη): <input type="checkbox"/>

Παρελήφθη την.....  
από.....  
με Α.Δ.Τ.....  
Υπογραφή.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

-----