

Ατομικά Στοιχεία Νοσηλευθέντος

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

Ατομικά Στοιχεία Αιτούντος

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

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε (σημειώστε λεπτομερώς τι χρειάζεστε):

- 1)
2)
3)
Από τη νοσηλεία που έγινε στην.....κλινική, από.....έως.....

(Συμπληρώνετε υποχρεωτικά το παρακάτω πεδίο)

Τα αιτούμενα θα χρησιμοποιηθούν για

Τρόπος παραλαβής

- α) Αυτοπροσώπως, με επίδειξη Α.Δ.Τ./Διαβατήριο ή άλλο νομιμοποιητικό έγγραφο.
β) Άλλος, με Εξουσιοδότηση/Πληρεξούσιο/Εγγυτέρων Συγγενών, νομίμως επικυρωμένα.
γ) E-mail, με Υπ. Δήλωση ως προς το νοσοκομείο, για τη χρήση της ηλεκτρονικής δ/σης που θα ορίσετε
δ) Courier, με Υπ. Δήλωση ως προς το νοσοκομείο (Ταχ. εταιρεία επιλογής και χρέωσης δική σας)

Παρελήφθη την

από (ολογράφως)

με Α.Δ.Τ.

Υπογραφή

Ο/Η Αιτών/ούσα
