|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 . . . .** |