

ΑΙΤΗΣΗ

Α.Μ. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ :

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ:

Τ.Κ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Φωτοτυπία Βιβλιαρίου Εργασίας-Υγείας ΙΚΑ με την ανανέωση του τρέχοντος έτους.
2. Βεβαίωση ενσήμων ΙΚΑ.
3. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους.
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης .
5. Μία (1) Φωτογραφία (τύπου ταυτότητας).

ΠΡΟΣ

**Τη Διοίκηση της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Μακεδονίας και Θράκης**

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον Ονομαστικό κατάλογο Αποκλειστικών Νοσοκόμων της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης του Νοσοκομείου :

α)

β)

γ)

σύμφωνα την υπ'αριθ. Υ4α/οικ. 37804/2013 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1023/25-4-2013 τ.Β') περί παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους.

Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../20.....

Ο/Η αιτ.....