

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ

A.M.K.A.

A.M.

ΠΡΟΣ

Τομέα Υγείας Υγειονομικών Ε.Τ.Α.Α.

Τμήμα Παροχών Ανοικτής Περίθαλψης

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Πατρώνυμο.....

Όνοματεπώνυμο συζύγου.....

.....

A.M.K.A.....

A.M.

A.Φ.Μ.

Οδός Τ.Κ.....

Αριθμός

Πόλη

Τηλέφωνο

Αριθμ. Ταυ.....

Εκδούσα Αρχή.....

Δηλώνω ότι εργάζομαι ως

1.ειδικευόμενος

2.μόνιμος ιατρός ΕΣΥ

3.μόνιμος ιατρός ΙΚΑ

4.συμβασιούχος

5.ελεύθερος επαγγελματίας

6.άλλο

Παρακαλώ να ασφαλιστεί στον

Τομέα Υγείας Υγειονομικών το

παιδί μου

.....

.....

.....

A.M.K.A.(παιδιού).....

.....

1. Επειδή είναι ανασφάλιστο

2. Μετά από τη διαγραφή του το

.....

Ο / Η Αιτών

Επιθυμώ την αυτεπάγγελτη αναζήτηση

1. της ληξιαρχικής πράξης γέννησης του παιδιού και δηλώνω ότι ο αριθμός οικογενειακής μερίδας μου είναι στο Δήμο του

Νομού προκειμένου να την αναζητήσετε.

Συνημμένα υποβάλλω.....

.....

Ημερομηνία.....