

21/09/2010  
 Κ. ΠΑΛΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ**

Α.Μ.Κ.Α.....

Α.Μ. ....

Προς  
 Τομέα Υγείας Υγειονομικών Ε.Τ.Α.Α.  
 Τμήμα Παροχών Ανοικτής Περιθαλψης

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Πατρώνυμο.....

Όνοματεπώνυμο συζύγου.....

Ιδιότητα.....

Α.Μ.Κ.Α.....

Α.Μ.....

Α.Φ.Μ.....

Οδός.....

Αριθμός..... Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο.....

Α.Δ.Τ.....

Εκδούσα Αρχή.....

Δηλώνω ότι εργάζομαι ως.....

- 1. ειδικευόμενος
- 2. μόνιμος ιατρός Ε.Σ.Υ.
- 3. μόνιμος ιατρός Ι.Κ.Α.
- 4. συμβασιούχος
- 5. ελεύθερος επαγγελματίας
- 6. άλλο.....

Παρακαλώ να .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ο (Η) Αιτ.....

Ημερομηνία.....