

**Τ.Σ.Α.Υ.**

**ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ**

(Όταν υποβάλλεται ταχυδρομικώς να συνοδεύεται από φωτοτυπίες του βιβλιαρίου Κλάδου Σύνταξης μέχρι τη σελίδα που έχουν καταχωρηθεί καταβολές και δύο φωτογραφίες).  
Υποβάλλεται μόνο από τους ασφαλισμένους στον Κλάδο Ασθενείας του Τ.Σ.Α.Υ.

*ΑΜΚΑ:*

1. Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ..... 2. Α.Φ.Μ. ....

Επώνυμο ..... Ιδιότητα ..... Ιατρός - Φαρ/ποιος κ.λπ. ....

Όνομα ..... Πατρός .....  
 Ημερ/νία Γέννησης ..... Όνομα Συζύγου .....

Διεύθυνση ..... Πόλη ..... Τηλέφ. ....

Μέλη Οικογενείας	Όνομα	Χρονολογία Γεννήσεως Ημερ. Μην. Έτος	Χρονολογία Τελέσ. Γάμου	Επάγγελμα	Φορέας ασφ/σεως Υγείας	Σχολή Φοιτήσεως	Α.Δ.Τ.	Α.Φ.Μ.
Σύζυγος								
Τέκνο								
»								
»								
»								
»								

**Π Ρ Ο Σ Ο Χ Η**

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΕ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΤΗΣ ΛΗΨΕΩΣ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΩΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: ..... ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ: .....

α. .... από ..... μέχρι .....

β. .... » ..... » .....

γ. .... » ..... » .....

δ. .... » ..... » .....

ε. .... » ..... » .....

στ. .... » ..... » .....

**ΑΣΚΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:**

από ..... μέχρι ..... » .....

» ..... » ..... » .....

» ..... » ..... » .....

Δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι κάθε μεταβολή της παραπάνω ασφαλιστικής καταστάσεως (προσωπικής μου καθώς και προστατευομένων από εμένα μελών της οικογένειάς μου) θα την γνωστοποιήσω αμέσως στην αρμόδια υπηρεσία του Τ.Σ.Α.Υ. και ότι αν, μετά την παραλαβή του βιβλιαρίου ασθενείας ή την καταβολή από το Ταμείο δαπάνης νοσοκομειακής ή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για λογαριασμό μου, μου γνωστοποιηθεί ληξιπρόθεσμη οφειλή από εισφορές και δεν την εξοφλήσω εμπρόθεσμα αναλαμβάνω την υποχρέωση να επιστρέψω αμέσως το βιβλιάριο ασθενείας και τη δαπάνη που τυχόν έχει πληρώσει το Ταμείο για μένα.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Ημερομηνία .....

	ΑΡ. ΒΙΒΛ. ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤΑΓΟΛ.
1	ΑΜΕΣΑ	
2	ΣΥΖΥΓΟΣ	
3	ΤΕΚΝΟ	
4	»	
5	»	
6	»	

Τα παιδιά με τη σειρά του Απογραφικού