

Π Ρ Ο Σ Ο Χ Η

(Όταν υποβάλλεται ταχυδρομικώς να συνοδεύεται από φώτοτυπίες του βιβλιαρίου Κλάδου Σύνταξης μέχρι τη σελίδα που έχουν καταχωρηθεί καταβολές)

Υποβάλλεται μόνο από τους ασφαλισμένους στον Κλάδο Ασθενείας του Τ.Σ.Α.Υ.

1. Αριθμός Μητρώου ΤΣΑΥ 2. Α.Δ.Α.Τ. 3. Α.Φ.Μ.

Ιδιότητα Ιατρός - Φαρ/ποιος κλπ.

Επώνυμο Πατρός

Όνομα Όνομα Συζύγου

Διεύθυνση Πόλη Τηλέφ.

Μέλη Οικογενείας	Όνομα	Χρονολογία Γεννήσεως Ημερ. Μην. Έτος	Χρονολογία Τελεσ. Γάμου	Επάγγελμα	Φορέας ασφ/σεως Υγείας	Σχολή Φοιτήσεως	
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 οικογενείας 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.

..... 199

Ο - Η Δηλ.

Υπόδ. 85/99

Υπογραφή

Οδηγίες στη δεύτερη σελίδα