

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ

Α.Μ.ΚΑ.....

Α.Μ.

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

ΑΠΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επιώνυμο.....
 Όνομα.....
 Πατρώνυμο.....
 Ονοματεπώνυμο 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 ασφαλιστεί στον
Τομέα Υγείας Υγειονομικών
το παιδί μου.....

Α.Μ.Κ.Α (παιδιού).....

1. Επειδή είναι ανασφάλιστο
2. Μετά από τη διαγραφή του
το.....

Ο (Η) Αιτ.....

Επιθυμώ την αυτεπάγγελτη αναζήτηση
 1. της ληξιαρχικής πράξης γέννησης του παιδιού και δηλώνω ότι ο αριθμός
 οικογενειακής μερίδας μου είναιστο Δήμο.....
 του Νομού προκειμένου να την
 αναζητήσετε.
 Συν/να υποβάλλω:.....

Ημερομηνία.....