

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
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

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 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 Νομούπροκειμένου να την
αναζητήσετε.

Συν/να υποβάλλω:.....
.....

Ημερομηνία.....