



ΑΙΤΗΣΗ

ΕΚΔΟΣΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΦΟΡΕΑΣ: Ε.Τ.Α.Α. - ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ: _____

Α.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
(ελληνικοί χαρακτήρες) (λατινικοί χαρακτήρες*)Επώνυμο _____
Επώνυμο γέννησης _____
Όνομα(-τα) _____

* συμπληρώνεται μόνο σύμφωνα με Α.Τ. ή Διαβατήριο

Όνομα πατέρα _____ Όνομα μητέρας _____

Ημερ. γέννησης: / / Α.Φ.Μ.: ΦΥΛΟ [] ΑΡΡΕΝ [] ΘΗΛΥ

Διεύθυνση: Οδός Αριθμός Ταχ. κώδ.

Δήμος Πόλη Τηλέφωνο κατοικίας Χώρα

Τηλέφωνο κινητό Τηλέφωνο εργασίας Φαξ

Χώρα γέννησης Υπηκοότητα

Αριθ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: ημερ. έκδοσης: / /

Είδος: Τ [] αστυνομική Δ [] διαβατήριο Σ [] στρατιωτική Α [] άλλο έγγραφο

Ιδιότητα :

ΑΜΕΣΑ		ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ		ΓΗΡΑΤΟΣ	Γ
		ΜΙΣΘΩΤΟΣ	Μ			ΘΑΝΑΤΟΥ	Θ
		ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ επαγγ.	Ε			ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	Α
		ΑΝΕΡΓΟΣ	Α			ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ	Π
		ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ	Φ			ΒΟΥΛ./ΑΙΡ.	Β
		ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ	Δ			ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ	Δ
ΕΜΜΕΣΑ							
ΣΥΖΥΓΟΣ	02	ΠΑΙΔΙ	03	ΓΟΝΕΑΣ	04	ΑΔΕΛΦΟΣ	
						ΕΓΓΟΝΟΣ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ - ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ

Α.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

Επώνυμο _____ Όνομα(-τα) _____

Όνομα πατέρα _____ Όνομα μητέρας _____

Ημερ. γέννησης: / / Α.Φ.Μ.: ΦΥΛΟ [] ΑΡΡΕΝ [] ΘΗΛΥ

Διεύθυνση: Οδός Αριθμός Ταχ. κώδ.

Δήμος Πόλη Τηλέφωνο

Αιτία υποβολής αίτησης για έκδοση Κάρτας:

Ο - Η αιτών - αιτούσα

[] πρώτη έκδοση [] απώλεια

[] επανέκδοση [] Δηλώνω, ότι δεν έχω σε ισχύ άλλη Κάρτα.

(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Ημερ. λήξης Κάρτας: / / Αρμόδιος υπάλληλος:

Αριθ. Πρωτοκόλλου: ημερ. παραλαβής αίτησης: / /