ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ (ΚΑΕ 0529-01)

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ.....ΕΩΣ.....

ΘΕΜΑ : ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
(πληρωμής λογαριασμού)

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝ0ΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΦΥΣ/ΤΗΡΙΟΥ: .....

ΠΕΡΙΟΧΗ:.....

Τ. Κ:.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:.....

ΑΡ. ΚΙΝ. ΤΗΛ:.....

Α. Φ. Μ.:.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ **Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.**
- ◊ **Σύμβαση εκχώρησης**

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΔΔ)

ΥΠΑΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση φυσιοθεραπευτικών πράξεων ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) μαζί με εγκεκριμένες εντολές περίθαλψης για το χρονικό διάστημα από

ΜΗΝΑ /ΕΤΟΣ.....

ΑΡ .ΕΝΤΟΛΩΝ .....

ΑΡ. Δ.Π.Υ.- ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ .....

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ.....**€**

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

Σημείωση:

1. **Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης**
2. **Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

G	R				1	7																					