

ΚΩΔ.: Α2

5 ^η Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡ. ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	
ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/.....	ΕΛΗΦΘΗ ΤΗΝ/...../201...
ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ: ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΩΝ	
Η / Ο Προϊστάμενος Τμήματος Γραμματείας	Η Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας

ΑΙΤΗΣΗ

Έκδοσης Ιατρικής Γνωμάτευσης - Πιστοποιητικού Νοσηλείας

Ατομικά Στοιχεία Αιτούντος:		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Αφορά τον/την (Ονοματεπώνυμο):		Είδος Συγγένειας:
Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό:	

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε: (Σημειώστε με Χ)

Ιατρική Γνωμάτευση ή Βεβαίωση

Πιστοποιητικό Νοσηλείας

Άλλο:.....

Προκειμένου να το χρησιμοποιήσω: (Σημειώστε με Χ)

Για το Ασφαλιστικό μου Ταμείο:	<input type="checkbox"/>	Για το Ι.Κ.Α. - Ο.Γ.Α.:	<input type="checkbox"/>	Για τα ΚΕ.Π.Α.:	<input type="checkbox"/>
Για την Εργασία μου:	<input type="checkbox"/>	Για την Πρόνοια:	<input type="checkbox"/>	Για Δικαστική Χρήση:	<input type="checkbox"/>
Για κάθε Νόμιμη Χρήση:	<input type="checkbox"/>	Για την έκδοση Άδειας Κατοχής Κυνηγετικού Όπλου:	<input type="checkbox"/>	Για την Αθμια Υγ. Επ.:	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ όπως αποσταλεί: (Σημειώστε με Χ)

Ταχυδρομικώς:	<input type="checkbox"/>	Ταχυδρομική Διεύθυνση:	Οδός, Αριθμός:	Πόλη, Τ.Κ.	
Με Φαξ	<input type="checkbox"/>	Αριθμός Φαξ:	Με email	<input type="checkbox"/>	(Διεύθυνση email)

Θα το παραλάβω Ιδιοχείρως (Από την Γραμματεία ΤΕΠ)

Εξουσιοδότηση (Επισυνάπτεται): Από Κ.Ε.Π.	<input type="checkbox"/>	Από την Αστυνομία:	<input type="checkbox"/>	Ημερομηνία Εξουσιοδότησης:/...../201...
--	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------

ο/η Αιτών/ούσα

Ημερομηνία κατάθεσης Αίτησης

...../...../201.....

Υπογραφή

Διεύθυνση: Παπασισπούλου Τέρμα, Τ.Κ. 35100, Λαμία - τηλ. 2231356000, FAX 2231356695