

# ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ

Όνοματεπώνυμο αιτητή: .....

ΑΚΑ: ..... Αρ.Ταυτ.: .....

Διεύθυνση: .....

.....

.....

Τηλ.: .....

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: .....

(Σε περίπτωση που δεν είναι ο ίδιος ο αιτητής)

Συγγένεια: .....

Είδος ασθένειας: .....

(Επισυνάπτονται ιατρικά πιστοποιητικά )

### Υπογραμμίστε ότι εφαρμόζεται:

Εγχείριση / Ιατρική εξέταση

Εσωτερικό / Εξωτερικό Όνομα ιατρικού κέντρου:

.....

Κρατική χορηγία Λ.Κ.....

### ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ Λ.Κ.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Λ.Κ.

1.Κόστος Ιατρικού κέντρου .....

1.Κόστος Ιατρικού κέντρου .....

2.Άλλες εξετάσεις .....

2.Άλλες εξετάσεις .....

3.Άλλα έξοδα .....

3.Αεροπορικά εισιτήρια .....

.....

4.Έξοδα διαμονής .....

5.Άλλα έξοδα .....

.....

Υπογραφή αιτητή:.....

Ημερομηνία: .....