



## ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

### ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ

Όνοματεπώνυμο αιτητή: .....

ΑΚΑ: ..... Αρ.Ταυτ.: .....

Διεύθυνση: .....

Τ.Τ. .... Πόλη: .....

Σχολείο που υπηρετώ: .....

Τηλ. Οικίας: ..... Κινητό: .....

E-mail: .....

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: .....

(Σε περίπτωση που δεν είναι ο ίδιος ο αιτητής)

Συγγένεια: .....

Είδος ασθένειας: .....

#### Οι αιτήσεις θα εξετάζονται:

α). Όταν οι αποδείξεις είναι πρωτότυπες.

β). Όταν τα έξοδα υπερβαίνουν τις €6,835.

#### Υπογραμμίστε ότι εφαρμόζεται:

Εγχείριση / Ιατρική εξέταση

Εσωτερικό / Εξωτερικό Όνομα ιατρικού κέντρου: .....

Κρατική χορηγία € .....

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ € .....

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ € .....

1.Κόστος Ιατρικού κέντρου .....

1.Κόστος Ιατρικού κέντρου .....

2.Άλλες εξετάσεις .....

2.Άλλες εξετάσεις .....

3.Αεροπορικά εισιτήρια .....

4.Έξοδα διαμονής .....

Υπογραφή αιτητή:.....

Ημερομηνία: .....

Αρ. πρωτ. ΕΝΤΥΠΟ ΤΑΜΕΙΟΥ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Τ.Θ. 28917, 2084 ΑΚΡΟΠΟΛΗ, ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΤΗΛ. 22- 378480 , 22-379590, ΦΑΞ. 22-379430, 22-379550

E-MAIL: [info@oelmek.com.cy](mailto:info@oelmek.com.cy)

Website: [www.oelmek.com.cy](http://www.oelmek.com.cy)