

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΕΚΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΣ ΕΟΠΥΥ

ΠΡΟΣ: Τον ΕΟΠΥΥ

EMail: dsxed@eopyy.gov.gr

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ.....:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....:

ΑΜ. ΤΣΑΥ:.....:

ΑΦΜ:.....:

ΑΜΚΑ.....:

Δ/ΝΣΗ:.....:

ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....:

ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ.....:

Email:.....:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....:

ΚΙΝΗΤΟ.....:

Δηλώνω ότι ΠΑΡΑΜΕΝΩ ΕΚΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ και ότι ΕΠΙΘΥΜΩ να έχω ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ και ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟΓΡΑΦΙΑ για όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία που απαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 3008-2012.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Το παρόν αποστέλλεται με Fax ή με Mail στον ΕΟΠΥΥ και εκτυπώνεται ένα αντίγραφο για τον ιατρό ως αποδεικτικό στοιχείο. Καλό είναι να κοινοποιηθεί στον ΟΠΑΔ της περιοχής σας, Πχ "ΟΠΑΔ Prevezas" <yrapad44@opad.gr>