ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
(Ν. Π. Δ. Δ.)

ΟΠΑΔ

ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ……ΕΩΣ……

ΘΕΜΑ : ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
(πληρωμής λογαριασμού)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:...……

ΕΠΩΝΥΜΟ:……

ΟΝΟΜΑ :……

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:……

ΠΕΡΙΟΧΗ:……...

Τ. Κ:……...……...

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:……

ΑΡ. ΚΙΝ. ΤΗΛ: ……

Α.Φ.Μ:……..

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ **Συγκεντρωτική κατάσταση εις διπλούν.**
- ◊ **Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις Διπλούν.**
- ◊ **Σύμβαση εκχώρησης**

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΠΡΟΣ

ΥΠΑΔ……..

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με εντολές υγειονομικής περίθαλψης ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο ιατρείο μου για το χρονικό διάστημα

ΜΗΝΑΣ / ΈΤΟΣ…….....

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ(0522-01)……..…..……**€**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ ……..

ΑΡ. ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ Δ.Π.Υ.…….....

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ (0522-02) ……..……..…….....**€**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ ……..

ΑΡ. ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ Δ.Π.Υ.……

ΣΥΝΟΛΙΚΟ 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**

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

G	R			1	7																			