



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

ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΙΛΟΦ



ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ (ΚΑΕ 0521-01)

ΠΡΟΣ

ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
(πληρωμής λογαριασμού)

Υ.Π.Α.Δ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 23
ΕΝΤΑΥΘΑ

Επώνυμο:
Όνομα:
Δ/νση φαρμακείου:
Περιοχή:
Τ.Κ.:
Τηλέφωνο:
Αρ. κινητού τηλεφ.:
Α.Φ.Μ.:
Αρ. κάρτας:

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με συνταγές ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στα φαρμακείο μου για το χρονικό διάστημα:

ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ
1) ΑΡ.ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ-ΗΜ/ΝΙΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ
ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (ΟΠΑΔ)€
2) ΑΡ.ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ-ΗΜ/ΝΙΑ.....
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ Φ.Υ.Κ.
ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (ΟΠΑΔ)€
3) ΑΡ.ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ-ΗΜ/ΝΙΑ ΕΤΥΑΠ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ
ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (ΕΤΥΑΠ)€

Συγχρόνως δηλώνω ότι οι 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 μου.

Συνημμένα:

- Συγκεντρωτική κατάσταση εις διπλούν
- Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις διπλούν
- Σύμβαση εκχώρησης

ΝΑΙ
ΟΧΙ

Θεσσαλονίκη / /

Ο Αιτών – Δηλών

Αριθμός λογαριασμού Τράπεζας Πειραιώς
GR

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ