

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ: _____

Α.Μ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ: _____

Α.Φ.Μ.: _____

ΔΟΥ: _____

Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Ελλάδα): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Ελλάδα): _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Χώρα Απόσπασης): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Χώρα Απόσπασης): _____

EMAIL: _____

ΘΕΜΑ:

Δαπάνη Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

Συνημμένα:

1. Κατάσταση Δαπανών Υγείας
2. Πρωτότυπα Τιμολόγια/Αποδείξεις/Γνωματεύσεις
3. Μετάφραση δικαιολογητικών
4. Υπεύθυνη Δήλωση
5. Απόφαση Απόσπασης στο Εξωτερικό
6. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας τραπεζικού βιβλιαρίου

ΠΡΟΣ:

**Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης**

Απ. Παύλου 12, 151 23, Ν. Φιλοθέη Αμαρουσίου

Ως αποσπασμέν..... εκπαιδευτικός στην περιοχή
ευθύνης του Γραφείου Συντονιστή Εκπαίδευσης
Αυστραλίας & Νέας Ζηλανδίας, σας υποβάλλω
τα συνημμένα δικαιολογητικά δαπανών υγείας
στο εξωτερικό, και

Αιτούμαι

Την έγκριση της δαπάνης ιατροφαρμακευτικής
περίθαλψης, δικής μου καθώς και των μελών
της οικογένειάς μου, που πραγματοποιήθηκε
κατά το διάστημα από έως
..... και ανέρχεται στο ποσό των
..... Δολαρίων Αυστραλίας.

Παρακαλώ για την κατάθεση του σχετικού
ποσού στον τραπεζικό λογαριασμό με αριθμό
..... και κωδικό
IBAN.....
που διατηρώ στην Τράπεζα.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

.....Αιτ.....

(υπογραφή)