

Αναλυτική Κατάσταση Εξόδων νοσηλείας

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου: _____

Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

Α.Μ. Βιβλιαρίου Υγείας: _____

A/A	Αριθμός Απόδειξης/ Ημερομηνία	Αιτιολογία <small>(π.χ. ιατρική επίσκεψη, φάρμακα, νοσήλια, εργαστηριακές εξετάσεις, κ.α.)</small>	Ποσό (σε AUD)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
		ΣΥΝΟΛΟ (σε AUD):	

Ο/Η Δικαιούχος

(υπογραφή)