

## ΑΙΤΗΣΗ

(Αρ.143 περ. β του Ν. 4270/2014)

Ο/Η....., του ....., και της....., ιατρός με ειδικότητα ....., κάτοικος ....., Δ/ση ιατρείου οδός ..... αριθμός ....., κάτοχος του με αριθμό .....ΑΔΤ , που εκδόθηκε στις ..... από ..... με ΑΜ ΙΣΗ ..... , ΑΦΜ ..... , ΑΜΚΑ.....& ΑΜ ΤΣΑΥ.....

## ΠΡΟΣ

### ΕΟΠΥΥ , ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Παρακαλώ όπως μου καταβληθούν τα κάτωθι αναφερόμενα ποσά τα οποία έχουν καταστεί ληξιπρόθεσμα και μου οφείλονται από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους των συγκεκριμένων ταμείων που έχουν υπαχθεί πλέον στον ΕΟΠΥΥ, δυνάμει των συμβάσεων που είχα συνάψει με αυτά:

(ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΙ Η ΣΥΜΒΑΣΗ, Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΥΤΗΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΦΟΡΕΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ)

ΤΑΜΕΙΟ	100%	10%	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΟΦΕΙΛΗΣ
ΟΠΑΔ				
ΕΤΑΑ				
ΤΑΥΤΕΚΩ				
ΙΚΑ				
ΟΑΕΕ				
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ				
ΑΛΛΟ				

Ο/Η αιτών/ούσα