**ΑΙΤΗΣΗ**

**Επώνυμο ………............**

**Όνομα …………………..** Αιτούμαι την ένταξή μου στo Τμήμα /Υπηρεσία της

Κατ΄Οίκον Νοσηλείας του φορέα σας,

**Δ/νση ……………………..**

 προκειμένου να μου παρασχεθούν φροντίδες υγείας

**Τηλ. : ……………………..** σχετικά:

 **……………………..**

 α)

 **E-mail ……………………..** β)

**ΑΜΚΑ ……………………. γ)**

**Αρ. Ταυτ.: ………………..** Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες.

**Ημ. Γέννησης…………..**

**Άργος ……/……./202……….**

 **Ο Αιτών /ούσα**

**ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ…….. (όνομα ,υπογραφή)**

**ΔΕΝ ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ……..**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ: ΑΠΟ ……ΕΩΣ……. (ΜΗΝΑΣ/ΕΣ)**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ …../……../2023**

**Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**

**(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ)**