ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ
ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:	*** ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.**									

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Α.Φ.Μ										**ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ**		
ΕΠΩΝΥΜΟ Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ										ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ**	**ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ**
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	**Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ**	**ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ**

ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ **ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ** **Να διαγραφεί το μη ισχύον-----Α.Μ.Κ.Α :**

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ *		**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**	**ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ**
1.	**Δύο φωτογραφίες του ασφ/νου**	☐	☐
2.	**Βιβλιάρια εισφορών**	☐	☐
3.	**Υπεύθυνη δήλωση**	☐	☐
4.	**Ακυρωμένο βιβλιάριο ασθενείας προηγούμενου Ασφ. Φορέα ή σχετική βεβαίωση.**	☐	☐
5.		☐	☐

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

ΕΠΩΝΥΜΟ	**ΟΝΟΜΑ**	**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ**	**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**

ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ	**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ**	**ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ**

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ *

ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……..

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ	**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**
Ονοματεπ/μο :……	Αριθμός…….
Υπογραφή ……..	Ημερομηνία Παραλαβής…….
	Συνημμένα……

*** Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**

Ημ/νία:……/……/…….

Ο/Η Αιτ……

Κ 0620/5/06 (Περιφ. Τμήμα)