

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								ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		
A) ΓΕΝΝΗΣΗΣ												
B) ΣΗΜΕΡΙΝΟ												
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 *		<u>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ</u>	<u>ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ</u>
1.	Δύο φωτογραφίες του ασφ/νου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Βιβλιάρια εισφορών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Υπεύθυνη δήλωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ακυρωμένο βιβλιάριο ασθενοίας προηγούμενου Ασφ. Φορέα ή σχετική βεβαίωση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, 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

Όνοματεπ/μο :

Υπογραφή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Αριθμός.....

Ημερομηνία Παραλαβής.....

Συνημμένα.....

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....

Ο/Η Αιτ.....