

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΜΗΝΟΣ:

ΑΠΟ

ΕΩΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΦΜ:

ΤΣΑΥ:

ΑΜΚΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΠΡΟΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.:

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (Α-Ε) Ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΑΜΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΑΝΑΓΡΑΦΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ
							ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	
1							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
2							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
3							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
4							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
5							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
6							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
7							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
8							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
9							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
10							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
11							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
12							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παραπάνω κατάσταση συμπληρώθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις της Παραγρ Γ άρθρο 7 της ΚΥΑ Φ9380/25916/3294 / 2/11/2011 (ΦΕΚ 2456 11ΤΒ) του ενιαίου κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ

Ημερομηνία παραλαβής

Ο παραλαβών για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ο ιατρός (σφραγίδα/υπογραφή)