

## **ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** \_\_\_\_\_

**ΟΝΟΜΑ:** \_\_\_\_\_

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** \_\_\_\_\_

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:** \_\_\_\_\_

**Α.Μ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ:** \_\_\_\_\_

**Α.Φ.Μ.:** \_\_\_\_\_

**ΔΟΥ:** \_\_\_\_\_

**Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ:** \_\_\_\_\_

**Α.Μ.Κ.Α.:** \_\_\_\_\_

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Ελλάδα):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Ελλάδα):** \_\_\_\_\_

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Χώρα Απόσπασης):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Χώρα Απόσπασης):** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

**ΘΕΜΑ:**

Δαπάνη Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

**Συνημμένα:**

1. Κατάσταση Δαπανών Υγείας
2. Πρωτότυπα Τιμολόγια/Αποδείξεις/Γνωματεύσεις
3. Μετάφραση δικαιολογητικών
4. Υπεύθυνη Δήλωση
5. Απόφαση Απόσπασης στο Εξωτερικό
6. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας τραπεζικού βιβλιαρίου

**ΠΡΟΣ:**

**Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης**

Απ. Παύλου 12, 151 23, Ν. Φιλοθέη Αμαρουσίου

Ως αποσπασμέν..... εκπαιδευτικός στην περιοχή  
ευθύνης του Γραφείου Συντονιστή Εκπαίδευσης  
Γιοχάνεσμπουργκ, σας υποβάλλω τα συνημμένα  
δικαιολογητικά δαπανών υγείας στο εξωτερικό,  
και

### **Αιτούμαι**

Την έγκριση της δαπάνης ιατροφαρμακευτικής  
περίθαλψης, δικής μου καθώς και των μελών  
της οικογένειάς μου, που πραγματοποιήθηκε  
κατά το διάστημα από ..... έως  
..... και ανέρχεται στο ποσό των  
..... Ραντ Ν. Αφρικής (ZAR).

Παρακαλώ για την κατάθεση του σχετικού  
ποσού στον τραπεζικό λογαριασμό με αριθμό  
..... και κωδικό  
IBAN.....

που διατηρώ στην Τράπεζα.....  
.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** \_\_\_\_\_

.....Αιτ.....

(υπογραφή)