Αναλυτική Κατάσταση Εξόδων νοσηλείας

 Ονοματεπώνυμο Δικαιούχου:

 Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.:

 Α.Μ.Κ.Α*.*:

 Α.Μ. Βιβλιαρίου Υγείας:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Αριθμός Απόδειξης*/* Ημερομηνία** | **Αιτιολογία***(π.χ. ιατρική επίσκεψη, φάρμακα, νοσήλια, εργαστηριακές εξετάσεις, κ.α.)* | **Ποσό (σε AUD)** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
|  |  | **ΣΥΝΟΛΟ (σε ΖΑR):** |  |

**O/H Δικαιούχος**

*(υπογραφή)*