

Αναλυτική Κατάσταση Εξόδων νοσηλείας

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου: _____

Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

Α.Μ. Βιβλιαρίου Υγείας: _____

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

Ο/Η Δικαιούχος

(υπογραφή)