

**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.

<b>ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:</b>	<b>* ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.</b>							

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)**

<b>Α.Φ.Μ</b>										<b>ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>		
ΕΠΩΝΥΜΟ								ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		
A) ΓΕΝΝΗΣΗΣ												
B) ΣΗΜΕΡΙΝΟ												
<b>ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ</b>							<b>ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ</b>				
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ</b>							<b>ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ</b>				

ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ                      ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ                      Να διαγραφεί το μη ισχύον-----Α.Μ.Κ.Α :

<b>ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ *</b>		<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 σε .....ημέρες, 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

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΟΝΟΜΑ</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>
<b>ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ</b>		<b>ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ \***

ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ....	
<b>ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ</b>	<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>
Όνοματεπ/μο : .....	Αριθμός.....
Υπογραφή .....	Ημερομηνία Παραλαβής.....
	Συνημμένα.....

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....

Ο/Η Αιτ.....