

# ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ:**

**Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
Ειδική Υγειονομική Επιτροπή Εξωτερικού  
Μακεδονίας 8, ΤΚ 10433 Αθήνα**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ :**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:**

**Α.Μ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ:**

**ΒΑΘΜΟΣ :**

**Α.Φ.Μ. :**

**ΔΟΥ:**

**Α.Μ.ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ:**

**Α.Μ.Κ.Α.:**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Ελλάδα) :**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Ελλάδα):**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Η.Π.Α.) :**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Η.Π.Α.) :**

**ΘΕΜΑ:** Δαπάνη Ιατροφαρμακευτικής Περιθαλψης

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :**

Ως αποσπασμέν... εκπαιδευτικός στην περιοχή ευθύνης του Γραφείου Συντονιστή Εκπαίδευσης Νέας Υόρκης και έχοντας γνώση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΦΕΚ 1233/τ.β/11-04-2012), σας υποβάλλω τα συνημμένα δικαιολογητικά εξόδων νοσηλείας, 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 .....

Δολαρίων Η.Π.Α.

Παρακαλώ για την κατάθεση του σχετικού ποσού στον τραπεζικό λογαριασμό με αριθμό....., κωδικό IBAN..... που διατηρώ στην Τράπεζα .....

.....**Αιτ**.....

(υπογραφή)

### Συνημμένα:

1. Κατάσταση Εξόδων Νοσηλείας (2πλούν)
2. Πρωτότυπα Τιμολόγια / Αποδείξεις / Γνωματεύσεις
3. Μετάφραση δικαιολογητικών
4. Υπεύθυνη Δήλωση
5. Απόφαση Απόσπασης στο Εξωτερικό