

# Αναλυτική Κατάσταση Εξόδων νοσηλείας

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου \_\_\_\_\_

Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ. \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α. \_\_\_\_\_

ΑΡ.ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : \_\_\_\_\_

| α/<br>α       | Αριθμός Απόδειξης /<br>Ημερομηνία | Αιτιολογία<br><i>(π.χ. ιατρική επίσκεψη, φάρμακα, νοσήλια,<br/>εργαστηριακές εξετάσεις, κ.α.)</i> | Ποσό σε \$<br>ΗΠΑ | Τρόπος<br>Πληρωμής |
|---------------|-----------------------------------|---|-------------------|--------------------|
| 1.            |                                   |   |                   |                    |
| 2.            |                                   |   |                   |                    |
| 3.            |                                   |   |                   |                    |
| 4.            |                                   |   |                   |                    |
| 5.            |                                   |   |                   |                    |
| 6.            |                                   |   |                   |                    |
| 7.            |                                   |   |                   |                    |
| 8.            |                                   |   |                   |                    |
| 9.            |                                   |   |                   |                    |
| 10.           |                                   |   |                   |                    |
| 11.           |                                   |   |                   |                    |
| 12.           |                                   |   |                   |                    |
|               |                                   |   |                   |                    |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b> |                                   |   | <b>\$ .....</b>   |                    |

..... Δικαιούχος

(υπογραφή)