

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.

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:	* ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.									

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

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

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

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ *	ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ	ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ
1. Μια φωτογραφία του ασφ/νου (πρόσφατη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Φωτοτυπία ταυτότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Υπεύθυνη δήλωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Βεβαίωση διαγραφής από προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Εξουσιοδότηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, 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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ *

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

Κ 0620/5/06 (Περιφ. Τμήμα)

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....

Ο/Η Αιτ.....