



....., / /20..

Αρ.Πρωτ. :

ΠΡΟΣ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΕΟΠΥΥ(ΠΡΩΗΝ ΥΠΑΔ)

Τμήμα :
Πληροφορίες:
Τηλ. :
Ταχ.Δνση:

Δ/νση:
Τμήμα.:
Πληροφορίες:
Τηλ. :
Ταχ. Δ/νση. :
Email:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο/Η ασφαλισμέν..... (ΑΜΚΑ
..... Α.Μ. ετών.....), σύμφωνα με την γνωμάτευση του
ιατρού του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ
....., και την υπογραφή του ελεγκτή/Διευθυντή
..... πάσχει από
..... Σύμφωνα
με την έκθεση κοινωνικής έρευνας του Κοινωνικού Λειτουργού
..... τηρεί τις
προϋποθέσεις που αναφέρει το γενικό έγγραφο του ΕΟΠΥΥ (αρ.πρωτ. 34642 / 2012)
προκειμένου να εγκριθεί η εισαγωγή του/της σε μία Κλινική και Ίδρυμα Χρόνιων
Παθήσεων.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ