

Αριθμ. Μητρώου
άμεσου μέλους
Κωδικός έμμεσου
μέλους

Προς το
Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως ΣΥΤΕ

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ

(άμεσου μέλους)

(ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ

(άμεσου μέλους)

ΟΝΟΜΑ

(έμμεσου μέλους)

Διεύθυνση κατοικίας

Τηλ. Επικοινωνίας

Email Επικοινωνίας

ΠΟΛΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Υποβάλλω συνημμένα τα παρακάτω δικαιολογητικά και
παρακαλώ να εγκρίνετε

Συνημμένα:

Φάκελος Δικαιολογητικών

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΕΠΙΘΥΜΩ / ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ την
επιστροφή των δικαιολογητικών που κατέθεσα στην
αίτηση.

Επισημαίνεται ότι τα προσωπικά ιατρικά δεδομένα σας ή του έμμεσου μέλους με πλήρη περίθαλψη που παρέχονται, ενόψει της παρούσας διαδικασίας, είναι τα απολύτως αναγκαία για τον σκοπό της εξέτασης του αιτήματός σας και υπόκεινται σε επεξεργασία από τα μέλη της Ιατρικής Επιτροπής Έγκρισης Φαρμάκων Υψηλού Κόστους ΑΤΠΣΥΤΕ και πάντοτε εντός του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ