

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ. ΑΘΠ/
Γρ.Υγειονομικού
Αθήνα, 12 Οκτ 12

ΠΡΟΘΗΚΗ “2” στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΣΤ»
Στη Φ. 443.8/50/160273/Σ.1067/12-10-12

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ “2”.
(ΑΙΤΗΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΞΚΩΝ Π.Δ.)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Ανάπηρος ή Θύμα:

Αριθμός Μητρώου:

Βαθμός:

Κάτοικος:

Οδός:

Αριθμός:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

Θεραπαινίδα: Μετά ή άνευ

Δγή πρόσληψης Θεραπαινίδας:

.....

(Οι Έχοντες Διορισμένη Θεραπαινίδα, από
ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ.ΑΘΠ/Γρ.Υγ/κού)

ΠΡΟΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ

ΑΝΑΠΗΡΩΝ ή ΘΥΜΑΤΩΝ
ΝΟΜΟΥ

Σας υποβάλλω τα συνημμένα
δικαιολογητικά και παρακαλώ να
εγκρίνετε τη μετάβασή μου για
Λουτροθεραπεία.

Οι προτιμήσεις μου είναι:

1. ΚΛΑΠ..... σειρά...

2. ΚΛΑΠ..... σειρά...

Ο (Η)

Αιτ

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Καραχούντρη
ΜΥ/ΠΕ με Β΄ βαθμό

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/Γ