



ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Αριθμός Αίτησης:

Όνομα Πατέρα:	_____	Αρ. Ταυτότητας:	_____
Επάγγελμα:	_____	Κινητό Τηλ:	_____
Όνομα Μητέρας:	_____	Αρ. Ταυτότητας:	_____
Επάγγελμα:	_____	Κινητό Τηλ:	_____
Όνομα Κηδεμόνα*:	_____	Αρ. Ταυτότητας:	_____
Επάγγελμα:	_____	Κινητό Τηλ:	_____
Email:	_____	Τηλ Οικίας:	_____
Διεύθυνση:	_____		

Πλήρες Όνομα: _____ Φύλο**:

Ημ. Γεννήσεως***: _____ Αρ. Ταυτότητας:

Σχέση/ Συγγένεια	Όνομα	Ηλικία	Αρ. Ταυτότητας

Μηνιαίο εισόδημα αιτητή:	€ _____
Μηνιαίο εισόδημα από εργασία πατέρα:	€ _____
Μηνιαίο εισόδημα από εργασία μητέρας:	€ _____
Συντάξεις:	€ _____
Επίδομα Ανεργείας:	€ _____
Δημόσιο Βοήθημα (Γραφείο Ευημερίας):	€ _____
Επίδομα Τέκνου:	€ _____
Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε):	€ _____

Σημείωση: Για όλα τα πιο πάνω πρέπει να προσκομίζονται αποδεικτικά έγγραφα (π.χ. Πιστοποιητικό Αποδοχών ή Βεβαίωση από Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων)

Item	Unit Price	Quantity	Total Price
1.	€		
2.	€		
3.	€		
4.	€		
5.	€		
6.	€		
7.	€		
8.	€		
9.	€		
10.	€		
11.	€		
12.	€		
13.	€		
14.	€		
15.	€		
16.	€		
17.	€		
18.	€		
19.	€		
20.	€		
21.	€		
22.	€		
23.	€		
24.	€		
25.	€		
26.	€		
27.	€		
28.	€		
29.	€		
30.	€		
31.	€		
32.	€		
33.	€		
34.	€		
35.	€		
36.	€		
37.	€		
38.	€		
39.	€		
40.	€		
41.	€		
42.	€		
43.	€		
44.	€		
45.	€		
46.	€		
47.	€		
48.	€		
49.	€		
50.	€		
51.	€		
52.	€		
53.	€		
54.	€		
55.	€		
56.	€		
57.	€		
58.	€		
59.	€		
60.	€		
61.	€		
62.	€		
63.	€		
64.	€		
65.	€		
66.	€		
67.	€		
68.	€		
69.	€		
70.	€		
71.	€		
72.	€		
73.	€		
74.	€		
75.	€		
76.	€		
77.	€		



Λεωφόρος Κέννεντυ 1,
1077 Λευκωσία
Tel.: 96 499345

Email: ethelontesfiloiapoel@gmail.com
www.etheontes-apoel.com

Διάγνωση

Γενικό Ιστορικό: _____

Ιατρικό Πρόβλημα: _____

Ιατρικό Ιστορικό: _____

Ακολουθεί ο ασθενής επί του παρόντος κάποια φαρμακευτική αγωγή:: _____

Αν ΝΑΙ παρακαλώ δώστε πληροφορίες: _____

Θεραπεία

Αναγκαία Θεραπεία: _____

Προτεινόμενος Ιατρός/ Θεραπευτής/ Ίδρυμα: _____

Τηλ Επικοινωνίας: _____

Email: _____

Περίοδος θεραπείας και αναγκαίος αριθμός επισκέψεων: _____

Κόστος ανά Επίσκεψη: _____

Συνολικό Κόστος Θεραπείας: € _____

Σημαντικό: Η Αίτηση πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται από τα ακόλουθα έγγραφα:

1. Ιατρική Διάγνωση του ασθενή
2. Βεβαιώσεις Εισοδημάτων (π.χ. Πιστοποιητικό Αποδοχών ή Βεβαίωση από Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων)
3. Διαπιστευτήρια προτεινόμενου Ιατρού/ Θεραπευτή/ Ίδρυματος σε περίπτωση που αυτοί δεν συμπεριλαμβάνονται στον Κατάλογο Εγκεκριμένων Ιατρών του Ίδρυματος
4. Έντυπο Συγκατάθεσης Προσωπικών Δεδομένων

Εάν ο λόγος της παρούσας αίτησης δεν είναι ιατρικός παρακαλώ όπως αναφέρετε τους λόγους που ζητάτε βοήθεια :

Εκ μέρους των γονέων ή κηδεμόνων

(Όνομα & Υπογραφή)

Ημερομηνία***: _____

Σημείωση:

1. Σε περίπτωση που η Αίτηση δεν είναι σωστά συμπληρωμένη ή δεν συνοδεύεται από τα απαραίτητα έγγραφα ο Σύνδεσμος δεν θα μπορέσει να την εξετάσει
2. Όλες οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι απολύτως εμπιστευτικές και για σκοπούς αξιολόγησης της Αίτησης μόνο

Για Επίσημη Χρήση Μόνο

Ημ. Παραλαβής Αίτησης***: _____

Αίτηση Εγκρίνεται: ☐

Αίτηση Απορρίπτεται: ☐

Ιατρική Διάγνωση ☐

Βεβαιώσεις Εισοδημάτων ☐

Διαπιστευτήρια Ιατρού* ☐

Εγκρίσεις Ίδρυματος ☐

Έντυπο Βεβ. Παρακολούθησης ☐

Συγκ. Προσωπικών Δεδομένων ☐

☐☐☐☐☐☐

Εκ μέρους των εθελοντών φίλων ΑΠΟΕΛ

(Όνομα & Υπογραφή)

Θέση: _____