



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΓΕΑ/ΔΥΓ/6 (ΥΥΕ)						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αριθμός Μητρώου AM :				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Έχουν υποβληθεί με Φ..... όλα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά για την έκδοση (αρχική / επανέκδοση) του Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN) :

- α. εμού του/της ιδίου/ας ως μόνιμου στελέχους της ΠΑ
- β. μέλους της οικογένειάς μου (συζύγου / υιού / κόρης / πατέρα / μητέρα / αδερφής-ού) <sup>(4)</sup>, με όνομα ..... που είναι δικαιούχος περίθαλψης του ΥΕΘΑ/ΓΕΑ και δεν δικαιούται περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

(επιλέγεται αντιστοίχως με X η επιλογή α ή β)

Ημερομηνία: ..... /..... 20....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Κυκλώνεται ανάλογα

## ΣΥΝΤΑΓΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Όνομ/νυμο Ασθενούς .....

ΑΜΚΑ.....

Νόσημα - τα.....

Είδος Περίθαλψης :

Ημερομηνία.....  
Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία.....  
Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

**Σημείωση:** Το παρόν ενέχει θέση συνταγής ΑΒΝ εφόσον είναι θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ (Ασθενής: ο ίδιος)  
ή ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ (Ασθενής: μέλος)

Όνομ/μο-Βαθμός .....

Αρ.Μητρώου.....

Διεύθυνση κατοικίας .....

Μονάδα .....

Τηλ. Επικοινωνίας .....

Ημερομηνία Εκτέλεσης.....20....

ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΣΕ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ

Ο ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΜΕΝΟΣ

(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(Υπογραφή)

(Χώρος επικόλλησης κουπονιών)