



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ1

101

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Τμήμα:

Δ1
102

Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

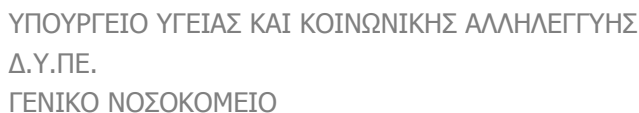
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Τμήμα:	<input type="text"/>	Κλάδος/Ειδικότητα:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>

ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ - ΘΕΜΑ

Προς:	<input type="text"/>
Θέμα:	<input type="text"/>
Κοινοποίηση:	<input type="text"/>

Ο/Η συντάκτης

(υπογραφή)



ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Τραυματισμός από αντικείμενο | <input type="checkbox"/> | Καταστροφή εγκατάστασης | <input type="checkbox"/> | Πυρκαγιά |
| <input type="checkbox"/> | Τραυματισμός από πτώση | <input type="checkbox"/> | Καταστροφή εξοπλισμού | <input type="checkbox"/> | Απώλεια ή κλοπή αντικειμένου |
| <input type="checkbox"/> | Άλλο | <input type="checkbox"/> | Διασπορά τοξικών ουσιών | <input type="checkbox"/> | Επίθεση κατά ανθρώπου ή συμπλοκή |

πρόσωπο ή εγκατάσταση

Περιγραφή:

Κτίριο: Όροφος: Τμήμα:
Θάλαμος/δωμάτιο: Ημ/νία: Ώρα:

1.	Όνοματεπώνυμο:		Ιδιότητα:		Τηλ.:	
2.	Όνοματεπώνυμο:		Ιδιότητα:		Τηλ.:	
3.	Όνοματεπώνυμο:		Ιδιότητα:		Τηλ.:	

Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα:

Ημ/νία: Ώρα: Υπογραφή:



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Ηλικία:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	A.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>		
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	<input type="text"/> Ονοματεπώνυμο				Τηλ. <input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	<input type="text"/>	Έμμεσα:	<input type="text"/>	Άμεσα Ασφαλισμένος:	<input type="text"/> Ονοματεπώνυμο	
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Αρ. Βιβλ:	<input type="text"/>	Κωδ. Κοιν:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή εισαγωγής από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: ☐ Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: ☐ Άλλο: ☐

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή** ☐

Αιτία εισαγωγής:

Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):

Παρατηρήσεις εισόδου:

Κλινική εισαγωγής:

Κωδ. Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή-σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

...../...../200.....
Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ & ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Ηλικία:		Αρ. Αστ. Ταυτ.:		Στοιχεία συνοδού:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα / Κλινική:		Θάλαμος:	
Θέση Νοσηλείας :		Ημ/νία:	
		Ώρα προσέλευσης:	

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

A. Χρήματα :	
B. Έγγραφα :	
Γ. Τιμαλφή :	

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια
(ή άλλο μέλος του προσωπικού του Νοσοκομείου)

Ο/Η Διασώστης ΕΚΑΒ

Ο/Η Ασθενής ή Συνοδός

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι βεβαιώνουν για την παραλαβή και σφράγιση των άνω τιμαλφών εντός φακέλου
υπ' αριθμ.

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ο/Η Ταμίας

	Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή
1.		
2.		
3.		

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

Δ2

121

Αρ. Μητρ. Ασθ.:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΑΔΕΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Κατόπιν αιτήματος του ασθενή που νοσηλεύεται στην κλινική
δίδεται άδεια εξόδου από ημερομηνία και ώρα έως ημερομηνία
και ώρα για την πραγματοποίηση
στο
Κατά τις ώρες απουσίας του ασθενή, η Διοίκηση του Νοσοκομείου και ο Διευθυντής της κλινικής δεν φέρει καμία ευθύνη.

Ημερομηνία:

Ο/Η Θεράπων Ιατρός

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
Κλινικής

Η Διευθύντρια της
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Συν.: Αίτηση του ασθενή



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Δ2

131

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>
Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασθ:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΑΠΟ:

Νοσοκομείο:

Κλινική:

Τηλέφωνο κλινικής:

Θάλαμος:

Κλίνη:

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ:

Φορείο: ☐

Τροχήλατο: ☐

Άλλο:

Ώρα μεταφοράς:

ΠΡΟΣ:

Νοσοκομείο: ☐

Κλινική ή Γηροκομείο: ☐

Οικία: ☐

Άλλο:

Διεύθυνση (όπου θα μεταφερθεί ο/η ασθενής):

Οδός:

Αριθμός:

Περιοχή:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πάθηση που δικαιολογεί τη μεταφορά με ασθενοφόρο (εκτός αυτών που αναφέρονται στην υπ' αριθμόν Υ4Β/3357/42/12-04-94 παρ. δ, απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής της κλινικής

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση κατοικίας:		Τ.Κ.-Πόλη:		Τηλ.:	
Ημ/νία γέννησης:		Τόπος γέννησης:		Επάγγελμα:	
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:				Ποσοστό συμμετοχής:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Έμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Όνοματεπώνυμο	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Αρ. Βιβλ:	
				Κωδ. Κοιν:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου:		Αριθμ. Εισιτηρίου:	
Κλινική:		Κωδικός Κλινικής:	
		Θέση Νοσηλείας:	
Διάγνωση:	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):		

Έκβαση Νοσηλείας (συμπληρώνεται με x το αντίστοιχο κουτί):

☐ ΙΑΣΗ ☐ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ☐ ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ☐ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ☐ ΘΑΝΑΤΟΣ

Διακομιδή κατά την έξοδο:

Προς:

Ημερομηνία εξόδου:

Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή – σφραγίδα)

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

και εξήλθε την

...../...../200.....

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα



Αρ. Μητρ Ασθ:

ΔΕΛΤΙΟ ΧΡΕΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Ή ΣΥΝΟΔΟΥ)

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
Ασφαλ. φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:		Ποσοστό συμμετοχής:	
Ημ/νία εισόδου:		Ημ/νία εξόδου:		Ημέρες νοσηλείας:	

ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

α/α	Κωδικός	Περιγραφή	Μονάδα Μέτρησης	Ποσότητα	Τιμή Μονάδος	Αξία
-----	---------	-----------	-----------------	----------	--------------	------

ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ ΕΚΤΟΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

ΑΛΛΑ

ΣΥΝΟΛΟ:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση



Αρ. Μητρ Ασθ:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΧΡΕΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Ή ΣΥΝΟΔΟΥ)

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Αρ. Ασθ. Ταυτ:		Ημ/νια έκδοσης:		Ασθ. Τμήμα:	
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.			

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΧΡΕΟΥΣ

Δηλώνω

Προς το Νοσοκομείο ότι εντός 10 ημερών, θα προσκομίσω το ασφαλιστικό βιβλιário ή κάποιο δικαιολογητικό απαλλαγής μου από νοσοκομειακές δαπάνες, ή διαφορετικά αναλαμβάνω ο ίδιος τη δαπάνη των € που προκύπτει από τις εργαστηριακές εξετάσεις ή από την νοσηλεία μου.

Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τα παραπάνω, τα οφειλόμενα ποσά θα βεβαιωθούν στο Δημόσιο Ταμείο της περιφέρειας μου και θα εισπραχθούν σύμφωνα με το νόμο περί είσπραξης Δημοσίων Εσόδων.

Ημερομηνία:

Ο/Η δηλών/ούσα

(υπογραφή)



Ημ/νία:

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο παραπονούμενου:
Ιδιότητα παραπονούμενου: Ασθενής: ☐ Συγγενής ασθενούς: ☐ Άλλη:
Διεύθυνση: Τ.Κ.-Πόλη: Τηλ.:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ

Ποιόν ή ποιους αφορά:

(Μπορείτε να συνεχίσετε στην πίσω σελίδα)

Τι ενδεχομένως προτείνεται για τη διευθέτηση του θέματος :

Σε ποιόν υποβλήθηκε:

υπογραφή

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Τμήμα Νοσηλείας/εξυπηρέτησης:
Κατηγορία παραπόνου: Παροχή φροντίδας: ☐ Ενημέρωση: ☐ Εξυπηρέτηση: ☐ Άλλο:

Άποψη Προϊσταμένου Τμήματος:

Διευθέτηση ή διαχείριση παραπόνου:

Ενημερώθηκε ο παραπονούμενος; ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐ Με ποιο τρόπο:

Όνομ/μο υπευθύνου

υπογραφή



Ημ/νία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας, σημειώνοντας με ☒ στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα Ηλικία ετών.
Η εισαγωγή σας ήταν: ☐ Έκτακτη ☐ Προγραμματισμένη
Νοσηλεύτηκατε στην Κλινική: Διάρκεια νοσηλείας: ημέρες.
Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: ☐ Ο ίδιος ο ασθενής ☐ Συγγενής ή συνοδός ☐

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ:

ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ:

	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε στο Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών (κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια σερβιρίσματος (εμφάνιση, θερμοκρασία κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά προσωπικού τροφοδοσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητες και εμπειρία νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:

Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοήθεια για τη μετακίνηση σας (εφόσον χρειάστηκε) <input type="checkbox"/> Δεν χρειάστηκε: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις Γραμματείες του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το Νοσοκομείο μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
Σας βεβαιώνουμε ότι συμβάλατε στη προσπάθεια μας για βελτίωση.



Ημ/νία
Αρ. Πρωτ:

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Προς:

Σας γνωρίζουμε ότι, σύμφωνα με το ΦΕΚ αριθμ. (τεύχος ΝΠΔΔ) είστε διοριστέος/α ως υπάλληλος κατηγορίας κλάδου στο

Παρακαλούμε, εφόσον αποδέχεσθε το διορισμό σας, εντός είκοσι (20) ημερών να καταθέσετε στο Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου μας τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιητικό Εισαγγελίας*
2. Πιστοποιητικό Υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή
3. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α' *
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
5. Επικυρωμένη Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
6. Τίτλο σπουδών
7. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
8. Α.Φ.Μ. – Δ.Ο.Υ.
9. Προϋπηρεσία (αν υπάρχει)
10.
11.
12.

καθώς και όλα τα δικαιολογητικά που δηλώσατε στην αίτησή σας ότι έχετε, ως προσόν διορισμού.

Αν δεν αποδέχεστε τη θέση, παρακαλούμε να μας αποστείλετε άμεσα Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 για τη μη αποδοχή του διορισμού.

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή-σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστ/νος Τμήματος Προσωπικού

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή-σφραγίδα)

(υπογραφή-σφραγίδα)

* Το πιστοποιητικό αναζητείται αυτεπαγγέλτως από την Υπηρεσία που πραγματοποιεί τον Διορισμό.



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ.:

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΡΚΩΜΟΣΙΑΣ

Στ σήμερα ημέρα και ώρα
στην αίθουσα τελετών του Νοσοκομείου
ενώπιον του/της Διοικητού του Νοσοκομείου κ.
εμφανίσθηκε ο/η κ.
που διορίσθηκε με την αριθμ. απόφαση του Υπουργού Υ. Υ. & Κ. Α.,
που δημοσιεύθηκε στο αριθμ. ΦΕΚ τχ. Ν.Π.Δ.Δ., με Αρ. βεβ. Υ.Δ.Ε.
σε κενή οργανική θέση κατηγορίας κλάδου με βαθμό
και έδωσε σύμφωνα με τα άρθρα 18 και 19 του Ν. 2683/99 το νόμιμο όρκο, που έχει ως εξής:

*“ Ορκίζομαι να φυλάττω πίστη στην Πατρίδα, υπακοή στο Σύνταγμα και τους νόμους
και να εκπληρώ τιμίως και ευσυνειδήτως τα καθήκοντα μου”.*

Ο/Η Ορκισθείς/σα

Ο/Η Διοικητής



Ημ/νία
Αρ. Πρωτ.

ΠΡΑΞΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Προσλήθε σήμερα ημέρα
ο/η κ.
που διορίσθηκε με την αριθμ. απόφαση του Υπουργού Υ. Υ. & Κ. Α.,
που δημοσιεύθηκε στο αριθμ. ΦΕΚ Τχ. Ν.Π.Δ.Δ., σε κενή οργανική θέση
κατηγορίας κλάδου με τον εισαγωγικό βαθμό
και ανέλαβε υπηρεσία ως δόκιμος/η υπάλληλος.

Ο/Η Διοικητής



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Σήμερα, ημ/νία στ τόπο

ο/η διοικητής του Νοσοκομείου

και ο/η κ.

συμφωνήσαμε και αποδεχθήκαμε τα παρακάτω:

1. Το Νοσοκομείο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 21 του Ν 2190/94,

όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα, προσλαμβάνει σε θέση

τον/την ανωτέρω κ. μετά από την απόφαση του Δ.Σ. με αριθμ.

και με αριθμ. Υ.Δ.Ε.

2. Το χρονικό διάστημα που θα υπηρετεί έχει διάρκεια και αρχίζει από

μέχρι σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν.2190/94 όπως

τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα.

3. Ως αμοιβή ορίζεται αυτή του εισαγωγικού Μ.Κ. της κατηγορίας, πλέον
όσων άλλων αποδοχών προβλέπονται από το Νόμο.

4. Έδρα του/της υπαλλήλου ορίζεται η πόλη

5. Η μισθοδοσία του υπαλλήλου αρχίζει από τις και καταβάλλεται

δεδουλευμένως στο τέλος κάθε

6. Ο/η ως άνω υπάλληλος αποδέχεται την αυτεπάγγελτη αναζήτηση των απαραίτητων δικαιολογητικών
για τον διορισμό του.

7. Μετά τη λήξη του ορισμένου χρόνου της σύμβασης, ο/η ως άνω υπάλληλος υποχρεώνεται, χωρίς
άλλη προειδοποίηση να αποχωρήσει από την υπηρεσία, χωρίς αποζημίωση.

Η σύμβαση αυτή έχει συνταχθεί σε τρία (3) αντίγραφα και υπογράφεται από τους συμβαλλόμενους,
οι οποίοι λαμβάνουν από ένα όμοιο.

Ο/Η προσλαμβανόμενος/η *

Ο/Η Διοικητής *

* Οι υπογραφές και στα τρία αντίγραφα, πρέπει να είναι πρωτότυπες.



Ημ/νία:

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:		Αρ. Μητρ. Μισθ:	

ΣΠΟΥΔΕΣ

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΗΣ

ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

A. Διδακτορικό		
B. Μεταπτυχιακός τίτλος		
Γ. Α.Ε.Ι. (Α' πτυχίο)		
Δ. Α.Ε.Ι. (Β' πτυχίο)		
Ε. Τ.Ε.Ι.		
Στ. Δ/θμία ή μεταδευτεροβάθμια εκπ/ση		
Ζ. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση		

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ

(έτη/μήνες/ημέρες)

ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
Συνολικός χρόνος αναγνωρισμένης προϋπηρεσίας:		
Χρόνος που δεν προσμετράται για οποιαδήποτε αιτία:		
Συνολική υπηρεσία για κατάταξη:		
Μισθολογικό κλιμάκιο κατάταξης (στην κατηγορία και κλάδο):		Πλεονάζων χρόνος:
Ημερομηνία χορήγησης επόμενου μισθολογικού κλιμακίου:		
Ημ/νία πρώτου διορισμού:		Ημ/νία ανάληψης καθηκόντων νέου διορισμού:

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

Νοσοκομειακό: Α ☐ Β ☐ Α+15 έτη ☐ **Σπουδών:** Διδακτορικού ☐ Μεταπτυχιακού ☐
Οικογενειακό: Αρ. τέκνων Αρ. τέκνων που δεν δικαιούνται επίδομα **Παραμεθορίου:** Α ☐ Β ☐ Γ ☐
Θέσης: Δ/ντή ☐ Υπ/ντή ☐ Προϊστ. Τμ ☐ Προϊστ. Αυτοτ. Γρ. ☐ **Πληροφορ/κής:** Αναλυτής/Προγρ ☐ Χειριστής ☐
Απόδοσης: ΠΕ ☐ ΤΕ ☐ ΔΕ ☐ ΥΕ ☐ ΔΕ>25 ☐ ΥΕ>25 ☐ ΠΕ-ΤΕ χωρίς πτυχίο ☐

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.	ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΣ	ποσό	11.	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ της π.1 του αρθ. 24 του ν.3502/03	ποσό
2.	ΚΙΝΗΤΡΟ ΑΠΟΔΟΣΗΣ		12.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ της π.1 του αρθ. 24 του ν.3502/03	
3.	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ		13.	ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΟΧΗ	
4.	ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ		14.		
5.	ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
6.	ΣΠΟΥΔΩΝ				
7.	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ				
8.	ΠΑΡΑΜΕΘ. ΠΡΟΒΛΗΜ.				
9.					
10.					
	ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	

Ο/Η συντάκτης

Ο/Η Προϊστάμενος του Τμήματος Προσωπικού



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

(άρθρο 28 του Ν.2683/99)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

ΔΗΛΩΣΗ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση, δηλώνω ότι, η περιουσιακή μου κατάσταση έχει όπως αναφέρεται παρακάτω*:

ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

* Όσον αφορά τα ακίνητα θα αναγράφονται:

- Η διεύθυνση του ακινήτου, η επιφάνεια του και το τυχόν ποσοστό συνιδιοκτησίας.
- Σε όλα τα περιουσιακά στοιχεία θα αναφέρεται η ημερομηνία που αποκτήθηκαν.

Για περισσότερες πληροφορίες να απευθύνεστε στο Τμήμα Προσωπικού.

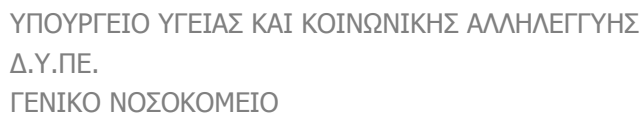
ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΤΩΝ ΤΕΚΝΩΝ

Ο/Η Δηλών/ούσα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



--

--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ - ΘΕΜΑ



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Τμήμα:	<input type="text"/>		
Κατ./Κλάδος:	<input type="text"/>				

ΠΑΡΑΚΑΛΩ

Να μου χορηγήσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα ημερών και συγκεκριμένα από μέχρι (τελ. ημέρα)
Συννημμένα δικαιολογητικά (αριθμός) Αρ. Μητρ. Εργαζομένου:

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ

<input type="checkbox"/> Κανονική	<input type="checkbox"/> Επιστημονική	<input type="checkbox"/> Εκπαιδευτική	<input type="checkbox"/> Αιμοδοτική	<input type="checkbox"/> Μηχανογραφική
<input type="checkbox"/> Γονική	<input type="checkbox"/> Ρεπό	<input type="checkbox"/> Κύησης	<input type="checkbox"/> Λοχείας	<input type="checkbox"/> Ανατροφής παιδιού
<input type="checkbox"/> Παραμεθορίου	<input type="checkbox"/> Δικαστική	<input type="checkbox"/> Εκλογική	<input type="checkbox"/> Γάμου	<input type="checkbox"/> Κηδείας
<input type="checkbox"/> Ακτινολογική	<input type="checkbox"/> Αναρρωτική	<input type="checkbox"/> Άνευ αποδοχών	<input type="checkbox"/> Ολιγώρη για προσωπικούς λόγους	
<input type="checkbox"/> Ολιγώρη για υπηρεσιακούς λόγους (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Υπηρεσιακή (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Άλλη (περιγραφή)	<input type="text"/>			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η
Αιτών/ούσα

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος*

Ο/Η Προϊστάμενος
Τομέα

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(σφραγίδα – υπογραφή)

Χορηγηθείσες άδειες έτους μέχρι σήμερα Νέο υπόλοιπο αδειών έτους

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος Προσωπικού

Ο/Η Διοικητής

* Υπογράφεται από τον Προϊστάμενο του Τμήματος ή τον Προϊστάμενο Παραϊατρικού



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Πληροφορίες:

Δ3

171

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ.:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η κ.

Ονοματεπώνυμο – πατρώνυμο υπαλλήλου

διορίστηκε στο Νοσοκομείο στις με το ΦΕΚ αριθμ. ΤΧ. ΝΠΔΔ,
σε κενή οργανική θέση κατηγορίας/κλάδου και εξακολουθεί να υπηρετεί.

Η βεβαίωση χορηγείται ύστερα από αίτησή του, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί

Ο/Η Συντάξας/σα

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος Προσωπικού

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Κατηγορία:	<input type="text"/>	Κλάδος:	<input type="text"/>	Βαθμός:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>	Ειδικότητα:	<input type="text"/>

ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις με το ΦΕΚ σε κενή οργανική θέση του κλάδου με βαθμό και

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστάμενος/η
Τμήματος Προσωπικού

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:			

Β. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Γραφείο Μισθοδοσίας, οι μηνιαίες αποδοχές του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου είναι:

ΑΠΟΔΟΧΕΣ

Βασικός μισθός	
Χρονοεπίδομα	
Οικογενειακή Παροχή	
Απόδοσης	
Νοσοκομειακό - Τροφής	
Πάγια Αποζημίωση	
Επίδομα Νοσοκομειακής Απασχόλησης	
Επίδομα Ετοιμότητας	
Επίδομα Θέσης Ευθύνης	
Επίδομα Πληροφορικής	
Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών	
Επίδομα προβληματικών και παραμεθωρίων περιοχών	
Επίδομα Ε.Σ.Δ.Δ.	
Επίδομα ειδικών συνθηκών	
Εξωδιδακτική Απασχόληση	
ΣΥΝΟΛΟ:	

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ

ΜΤΠΥ	
ΤΠΔΥ	
ΤΕΑΔΥ	
ΤΣΑΥ	
Υγειονομική Περίθαλψη	
Κλάδος Σύνταξης Δημοσίου	
Φόρος	
Σύλλογος	
ΜΤΠΥ Εγγραφής	
ΤΕΑΔΥ Εγγραφής	
Δάνειο	
Δάνειο	
Δάνειο	
ΣΥΝΟΛΟ	

Η Βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτηση του/της

Ο/Η συντάξας/σα

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:			

Α. ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις , με το ΦΕΚ αριθμ. τχ. ΝΠΔΔ, σε κενή οργανική θέση του κλάδου με βαθμό και

Ο/Η συντάξας/σα

Ο/Η Προϊστάμενος/η
Τμήματος Προσωπικού

Β. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Γραφείο Μισθοδοσίας, οι μηνιαίες αποδοχές του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου είναι:

ΑΠΟΔΟΧΕΣ

Βασικός μισθός	
Χρονοεπίδομα	
Οικογενειακή Παροχή	
Απόδοσης	
Νοσοκομειακό - Τροφής	
Πάγια Αποζημίωση	
Επίδομα Νοσοκομειακής Απασχόλησης	
Επίδομα Ετοιμότητας	
Επίδομα Θέσης Ευθύνης	
Επίδομα Πληροφορικής	
Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών	
Επίδομα προβληματικών και παραμεθορίων περιοχών	
Επίδομα Ε.Σ.Δ.Δ.	
Επίδομα ειδικών συνθηκών	
Εξωδιδακτική Απασχόληση	
ΣΥΝΟΛΟ:	

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ

ΜΤΠΥ	
ΤΠΔΥ	
ΤΕΑΔΥ	
ΤΣΑΥ	
Υγειονομική Περίθαλψη	
Κλάδος Σύνταξης Δημοσίου	
Φόρος	
Σύλλογος	
ΜΤΠΥ Εγγραφής	
ΤΕΑΔΥ Εγγραφής	
Δάνειο	
Δάνειο	
Δάνειο	
ΣΥΝΟΛΟ	

Η Βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτηση του/της

Ο/Η συντάξας/σα



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ

Το παρών πιστοποιητικό περιέχει τα στοιχεία του υπαλλήλου που αφορούν στα εξής:

Διορισμός	Μεταβολές θέσης	Εκπαίδευση – μεταβολές	Κατάταξη
Μεταβολές βαθμού	Διακρίσεις – Πειθαρχικές ποινές	Μεταβολές κλάδου - ειδικότητας	Μεταβολές μισθολ. κλιμακίου
Αξιολόγηση Υπαλλήλου	Παρούσα υπηρεσιακή κατάσταση		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του υπηρεσιακού φακέλου του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου, ο οποίος τηρείται στο Νοσοκομείο μας, ο/η ως άνω υπάλληλος:



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Αρ. Μητρ. Υπαλλ.:	

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ή ΜΕΤΑΤΑΞΗ	
ΗΜ/ΝΙΑ	
ΦΕΚ	
ΑΠΟΦ.	
ΜΕΤΑΤ.	

ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	
ΚΛΑΔΟΣ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	
ΒΑΘΜΟΣ	
ΚΛΙΜΑΚΙΟ	

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΛΑΔΟΥ-ΕΙΔΙΚΟΤ.	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΘΕΣΗΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΒΑΘΜΟΥ	
Ημ/νια	βαθμός

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΛΙΜΑΚΙΟΥ	
Ημ/νια	κλιμάκιο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	
Ημ/νια	Συντάκτης

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ – ΠΕΙΘΑΡΧ. ΠΟΙΝΕΣ	
Ημ/νια	

ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ	
Ημ/νια	



© 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 267: 105–114

Γ' ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΣΤ' ΑΔΕΙΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΔΙΦΥΛΛΟΣ ΦΑΚΕΛΜΟΣ
ΑΡΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ



--

Παρακαλούμε να μας διαθέσετε από την αποθήκη εφοδιασμού τα παρακάτω υλικά, για τις ανάγκες του Τμήματός μας, για την χρονική περίοδο από έως

ΛΕΥΚΟ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΟΥ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ (ΚΛΙΝΙΚΗ)



Ημ/νία:

Αρ. αίτησης:

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΕΞΩΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ

ΠΡΟΣ: ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Παρακαλούμε να εγκρίνετε την προμήθεια των παρακάτω ειδών, που είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος: και τα οποία δεν υπάρχουν στην αποθήκη.

☐ Τρόφιμα ☐ Βιοϊατρικός Εξοπλισμός ☐ Η/Μ Εξοπλισμός ☐ Αναλώσιμα

A/A	Κωδικός	Είδος υλικού	Μονάδα Μέτρησης	Ποσότητα	Προϋπολογισμός Δαπάνης

ΣΥΝΟΛΟ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 9% ή 19%

☐ Βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει στην αποθήκη

Για το Γραφείο Διαχείρισης Υλικού

υπογραφή

☐ Βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει σύμβαση

Για το Τμήμα Προμηθειών

υπογραφή

Υπάρχει πίστωση στον Κ.Α.

Ο/Η Υπεύθυνος Λογιστηρίου/Προϋπολογισμού

υπογραφή

Η προμήθεια των ειδών θα γίνει: Με απευθείας συμφωνία ☐ Με ενδεικτικές τιμές ☐ Με τιμές ΦΕΚ ☐

Με πρόχειρο διαγωνισμό ☐ Με τιμές βάσει προηγούμενου λήξαντος διαγωνισμού ☐

Ο/Η Προϊστάμενος Οικονομικού

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Διοικητής

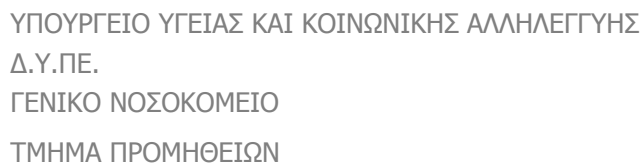
(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ

A/A	Επωνυμία Προμηθευτή	Τηλέφωνο	Ημ/νία Προσφοράς	Προσφερόμενη Τιμή



Αρ. παραγγελίας:

Προμηθευτής:

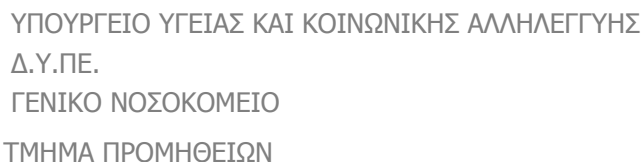
Κωδικός

Προτεινόμενες προμήθειες και υφιστάμενα αποθέματα:

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή – σφραγίδα)

* Εάν δεν υπάρχει σύμβαση, σημειώστε παύλα (-).



Αρ. παραγγελίας:

Προμηθευτής:

Κωδικός

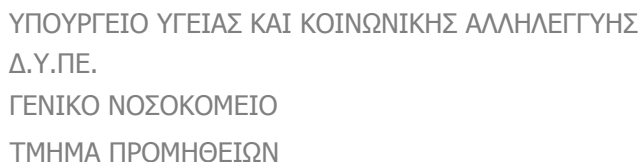
Προτεινόμενες προμήθειες και υφιστάμενα αποθέματα:

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΑΞΙΑ:

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή – σφραγίδα)

* Εάν δεν υπάρχει σύμβαση, σημειώστε παύλα (-).



ΟΙΚΟΝ. ΕΤΟΣ:

Ημ/νία:

Αρ. παραγγελίας:

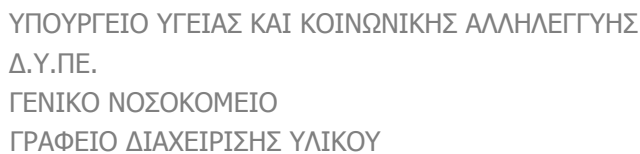
Προς Προμηθευτή:

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗ: ΣΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ Ο ΑΡ. ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ Ή Ο ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ Ή Η ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ



ΕΝΤΟΛΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ – ΠΡΑΞΗ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΑΠΟ ΑΠΟΘΗΚΗ

ημερομηνία

ΛΕΥΚΟ: ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ **ΡΟΖ:** ΠΑΡΑΛΑΒΟΝ ΤΜΗΜΑ **ΚΙΤΡΙΝΟ:** ΣΤΕΛΕΧΟΣ



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ Τ.Ε.Ι.
(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083/2003)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Συμμετοχή ασφαλισμένου (%)	

α/α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΠΟΣΟ (€) ,00
		Εξέταση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
		ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)	/

Ημερομηνία

Ο/Η εισπράξας

(υπογραφή-σφραγίδα)

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΠΙ ΠΙΣΤΩΣΕΙ

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΠΙ ΠΙΣΤΩΣΕΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ Τ.Ε.Ι.
(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083 / 2003)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Συμμετοχή ασφαλισμένου (%)	
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

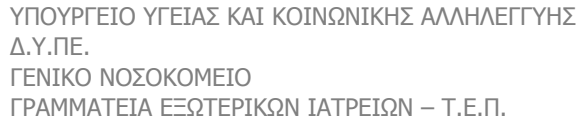
α/α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΠΟΣΟ (€)	,00
		Εξέταση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία		/
				/
				/
				/
				/
				/
ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)				/

ΕΠΙ ΠΙΣΤΩΣΕΙ

Ημερομηνία

Ο/Η εισπράξας

(υπογραφή-σφραγίδα)



223

--

(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083 /2003)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

Ο/Η εκδότης

(υπογραφή-σφραγίδα)



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ

(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083/2003)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Συμμετοχή ασφαλισμένου (%)	

Είσπραξη νοσηλίων: από τον Ασφαλιστικό φορέα

Από τον ασθενή

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ/ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

α/α	ΚΩΔΙΚ. ΕΣΟΔΟΥ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΠΟΣΟ (€) ,00
		A. Νοσηλεία από _____ έως _____ Ημέρες _____	/
		B. Εγχειρήσεις	/
			/
			/
			/
		Γ. Εργαστηριακές εξετάσεις εκτός κλειστού νοσηλίου	/
		Μικροβιολογικού	/
		Βιοχημικού	/
		Αιματολογικού	/
		Ακτινολογικού	/
		Αξονικής τομογραφίας	/
		Μαγνητικής τομογραφίας	/
		Παθολογοανατομικού	/
			/
			/
			/
		Δ. Φάρμακα εκτός κλειστού νοσηλίου	/
			/
			/
			/
			/
			/
		ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)	/
		Χαρτόσημο	
		ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)	

Ημερομηνία

Ο/Η εισπράξας

(υπογραφή-σφραγίδα)



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΠΙ ΠΙΣΤΩΣΕΙ

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ

(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083/2003)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Συμμετοχή ασφαλισμένου (%)	

Είσπραξη νοσηλίων: από τον Ασφαλιστικό φορέα

Από τον ασθενή

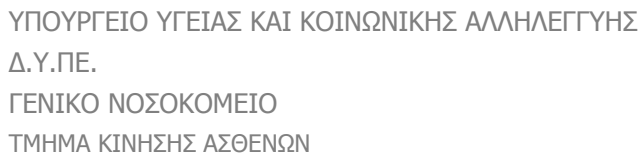
ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ/ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

α/α	ΚΩΔΙΚ. ΕΣΟΔΟΥ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΠΟΣΟ (€) ,00
		A. Νοσηλεία από _____ έως _____ Ημέρες _____	/
		B. Εγχειρήσεις	/
			/
			/
			/
		Γ. Εργαστηριακές εξετάσεις εκτός κλειστού νοσηλίου	/
		Μικροβιολογικού	/
		Βιοχημικού	/
		Αιματολογικού	/
		Ακτινολογικού	/
		Αξονικής τομογραφίας	/
		Μαγνητικής τομογραφίας	/
		Παθολογοανατομικού	/
			/
			/
			/
		Δ. Φάρμακα εκτός κλειστού νοσηλίου	/
			/
			/
			/
			/
			/
		ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)	/
		Χαρτόσημο	
		ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)	

Ημερομηνία

Ο/Η εισπράξας

(υπογραφή-σφραγίδα)



(αθεώρητη βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083/2003)

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Αιτιολογία δωρεάν νοσηλείας:	Κάτοχος βιβλιαρίου απορίας:	αριθμός βιβλιαρίου	Άλλη αιτιολογία:		

ΔΩΡΕΑΝ

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή-σφραγίδα)

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΥΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ/ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΣΕΙΡΑ Β'

Δ5

241α

ΟΙΚΟΝ. ΕΤΟΣ

Ημ/νία:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΟ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

(αθεώρητο βάσει της Α.Υ.Ο. ΠΟΛ. 1083/2003)

Επωνυμία:					
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	

α/α	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΞΟΔΟΥ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΜΕΡΙΚΑ ΠΟΣΑ ,00	ΟΛΙΚΑ ΠΟΣΑ ,00
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)				/

Μετρητά: <input type="checkbox"/>	Επιταγή: <input type="checkbox"/>	Αρ. επιταγής: <input type="text"/>	Ημ/νία έκδοσης: <input type="text"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Ο/Η αρμόδιος υπάλληλος

Ο/Η Υποδιευθυντής Οικονομικού

Εισπράχθηκε Ο/Η Ταμίας

ΛΕΥΚΟ: ΟΦΕΙΛΕΤΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΡΟΖ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ



ΟΙΚΟΝ. ΕΤΟΣ:

ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΕΝΤΑΛΜΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΤΑΛΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜ. ΕΝΤΑΛΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ:		
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ	(ολογράφως)	(αριθμητικά)
ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ (Μείον κρατήσεις, εκπτώσεις)	(ολογράφως)	(αριθμητικά)

α/α	ΚΩΔ. ΔΑΠΑΝ.	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΜΕΡΙΚΑ ΠΟΣΑ ,00	ΟΛΙΚΑ ΠΟΣΑ ,00
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
ΣΥΝΟΛΟ (Ολογράφως)				/

Ο/Η ΕΚΔΟΣΑΣ

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟΥΟ/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΟΙΚΟΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣΟ/Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο/Η ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

--	--	--	--	--

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ

ποσό

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ	ΕΛΕΓΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ	1		
1	Ημ/νία: <div>Θ ε ω ρ ή θ η κ ε</div> <div>Ο /Η ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ</div>	2		
2		3		
3		4		
4		5		
5		6		
6		7		
7		8		
8		9		
9		10		
10		11		
11		12		
12		13		
13		ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ:		
14		ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ:		

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΧΡΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΝΤΑΛΜΑΤΟΣ

ΜΕΤΡΗΤΑ :	(ποσό)	ΕΠΙΤΑΓΗ:	Αριθμός επιταγής	Ημ/νία έκδοσης επιταγής	(ποσό)
Ονοματεπώνυμο λαβόντος:			Αρ. Ταυτ. λαβόντος:		

Ημ/νία εξόφλησης:

Ο/Η ΤΑΜΙΑΣ

Ο/Η ΛΑΒΩΝ



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ (€):

ολογράφως

αριθμητικά

--	--

ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥ		ΕΥΡΩ	,00
Μετρητά			/
Αποδείξεις			/
Χαρτόσημο			/
Χαρτόσημο (%) ΟΓΑ			/
Ένσημα ΤΣΑΥ			/
Έντοκα Γραμμάτια Δημοσίου			/
Τοκομερίδια			/
Επιταγές			/
Δηλώσεις ΝΔ 1599/86			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
			/
ΣΥΝΟΛΟ (ολογράφως)			/

Ο/Η Ταμίας

Ο/Η Προϊστάμενος
Λογιστηρίου

Ο/Η Προϊστάμενος Οικονομικής
Υπηρεσίας

(υπογραφή)

(υπογραφή)

(υπογραφή)