

Α Ι Τ Η Σ Η

(Επώνυμο)
(Όνομα).....
(Όν. Πατέρα)
(Όν. Μητέρας)
(Όν. Συζύγου)
(Τόπος Γεννήσεως).....
(Ημερ.Γεννήσεως).....
(Κάτοικος).....
Οδός-Αριθμός.....
Στοιχ. Ταυτότητας.....
Εκδόθηκε από
Α.Φ.Μ.:
Α.Μ.Κ.Α.:.....

«Για εισαγωγή στο Χαρίσειο Γηροκομείο»

Θεσσαλονίκη / / 20....

Προς

Το Χαρίσειο Γηροκομείο Θεσσαλονίκης

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εισαγωγή μου στο
Ίδρυμά σας. Δηλώνω ότι είμαι ασφαλισμέν..... στο
..... και η μηνιαία σύνταξή μου
ανέρχεται στο ποσό των

Επίσης δηλώνω ότι: α) Το Ίδρυμα δεν έχει καμιά
ευθύνη για τυχόν απώλεια χρημάτων ή τιμαλφών τα
οποία δεν έχω παραδώσει έναντι αποδείξεως στη
Διαχειρισή του και β)

ο/η/ αιτ

.....

Α.Μ.:⁽¹⁾

ΚΩΔ.:⁽²⁾

(1)(2) Συμπληρώνονται από το Ίδρυμα

Συνημμένα Υποβάλλω:

1. Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας
2. Ιατρικές Γνωματεύσεις
3. Ακτινογραφία Θώρακος
4. Μία φωτογραφία ταυτότητας
5. Εκκαθαριστικό Σημείωμα Δ.Ο.Υ.

Στοιχεία
συγγενών

ή άμεσα

ενδιαφερομένων

1)..... τηλ.:

Διεύθυνση:

2)..... τηλ.:

Διεύθυνση:

3)..... τηλ.:

Διεύθυνση:

4)..... τηλ.:

Διεύθυνση:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι εκτός των ανωτέρω δεν υπάρχει κανείς άλλος συγγενής μου και ότι ο πρώτος μήνας
παραμονής μου στο Ίδρυμα είναι δοκιμαστικός.

Αξιολόγηση ιατρού

Ίδρυματος

.....