

**ΑΙΤΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΟΜΑΔΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών
Γραφείο Πληρωμάτων

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε βεβαίωση
στην οποία θα αναγράφεται ότι:
την ήμουν
βάρδια, στον τομέα
με αριθμ. ασθενοφόρου

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)

Αθήνα , / / 20....