

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΟΥ**  
**ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΤΕΠ (ΔΥΣΑΤΕΠ)**

**Ημερομηνία:**

**Όνοματεπώνυμο:**

**Πατρώνυμο:**

**Απόφοιτος (χρονολογία) :**

**Επαγγελματική ιδιότητα:**

**Διεύθυνση δραστηριότητας (οδός/ αριθμός/πόλη/τκ):**

**Τηλέφωνα εργασίας (σταθερό/κινητό/φαξ):**

**WEB:**

**Email:**

**Παροχές στο ΔΥΣΑΤΕΠ (συνοπτική περιγραφή των παροχών και τιμολόγηση αυτών)**

Αιτούμαι, όπως συμπεριληφθώ στους παρόχους υγείας του ΣΑΤΕΠ και δηλώνω ότι αποδέχομαι τον κανονισμό λειτουργίας του ΔΥΣΑΤΕΠ, ενώ συνημμένα σας υποβάλω:

- A. αποδεικτικό εξόφλησης της ετήσιας συνδρομής μου στο ΔΥΣΑΤΕΠ.
- B. αποδεικτικό εξόφλησης της ετήσιας συνδρομής μου στον ΣΑΤΕΠ. \*
- Γ. βεβαίωση επαγγελματικής μου ιδιότητας από τον σύλλογο που ανήκω.
- Δ. βεβαίωση αστικής ευθύνης.\*\*

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

\* Για τους ταμειακώς ενήμερους, της ετήσιας (τρέχοντος έτους, έναρξη από 2017) συνδρομής μέλους του ΣΑΤΕΠ, δεν απαιτείται αποδεικτικό. Θα πιστοποιηθεί από τον ταμία του ΔΣ

\*\* Αν απαιτείται από τον οικείο επαγγελματικό σύλλογο