

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Γ.Λ.18: _____

ΟΝΟΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ :

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ :

.....

.....

Αρ. ΜΗΤΡΩΟΥ:.....Αρ. Φακ:

Ημερ. :

ΕΦΟΡΟ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1449, ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ

Δια του παρόντος εγώ/εμείς ο/οι πιο κάτω υποφαινόμενος /οι αιτούμαι/ αστε ανανέωση της άδειας λειτουργίας του πιο πάνω ιδιωτικού νοσηλευτηρίου.

Επισυνάπτω /ουμε το, δυνάμει του Τέταρτου Παραρτήματος – Άρθρο 27 των περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Ελεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμων, πληρωτέο τέλος για την ανανέωση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού νοσηλευτηρίου ανάλογα με την κατηγορία αυτού, ως ακολούθως:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ	ΠΛΗΡΩΤΕΑ ΤΕΛΗ	ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ		
ΚΛΙΝΙΚΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	€170	Αρ. Επιταγής:	Όνομα Τράπεζας:	ΜΕΤΡΗΤΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ή	€350	Αρ. Επιταγής:	Όνομα Τράπεζας:	ΜΕΤΡΗΤΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	€550	Αρ. Επιταγής:	Όνομα Τράπεζας:	ΜΕΤΡΗΤΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ /ΟΙ ΙΑΤΡΟΣ /ΟΙ:

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

.....

.....

.....

.....

Σφραγίδα Νοσηλευτηρίου