

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ (Ν.149(I)/2013)

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ  
(ΑΡΘΡΟ 8 (4))**

**ΜΕΡΟΣ I: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....  
Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....  
Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....  
Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....,  
Αρ. Τηλεφώνου: ....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....  
Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

**ΜΕΡΟΣ II: ΕΙΔΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ**

(να γίνει σύντομη περιγραφή των πληροφοριών που ζητούνται)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ΜΕΡΟΣ III: ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ**

.....  
.....

**ΜΕΡΟΣ IV: ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ**

(παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω)

ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ  ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ  ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ

Υπογραφή..... Ημερομηνία .....

**Σημείωση.:**

Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω ηλεκτρονικής υποβολής στην ιστοσελίδα του Εθνικού Σημείου Επαφής για την Υγειονομική περίθαλψη ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 ή μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.