

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
(ΑΡΘΡΟ 8 (4))

ΜΕΡΟΣ Ι: 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 ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ

(να γίνει σύντομη περιγραφή των πληροφοριών που ζητούνται)

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙV: ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

(παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω)

ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ

Υπογραφή..... Ημερομηνία

Σημειώση.:

Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: npcrossborderhealthcare@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.