

**ΑΙΤΗΣΗ**

Για την έκδοση αντιγράφων από τον Ιατρικό Φάκελο του νεογνού :

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ** :  
**ΦΥΛΟ** :  
**ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** :  
**ΗΜ .ΕΞΟΔΟΥ** :  
**ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ** :

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ** :  
**ΟΝΟΜΑ** :  
**ΑΡ.ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.** :  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** :  
**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** :

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε αντίγραφα ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ :**

Ο αιτών/ούσα

Νίκαια Λάρισας ...../...../.....

**ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ**

**ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΤΟΥ «ΙΑΣΩ Θεσσαλίας»**

Σήμερα...../...../.....παρεδόθησαν στον/ην.....  
κάτοικο .....Οδός ..... Αριθμός ..... Τηλέφωνο  
..... Α.Δ.Τ. .... από τον ιατρικό φάκελο του  
νεογνού.....  
με Αριθμό. Μητρώου ..... αντίγραφα ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

Νίκαια Λάρισας ...../...../.....

Ο/Η παραδούς

Ο/Η παραλαβών/ούσα