

# ΦΑΡΜΑΚΑ

<b>Κωδ.Αριθ.Κοινότητας</b>	
<b>Αριθ. Πρωτοκόλλου</b>	
<b>Πληροφορίες</b>	
<b>Τηλέφωνο</b>	
<b>Τ.Κ.</b>	

**О.Г.А.**

**ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ/Π.Υ. ΟΓΑ.....**

**Δ/voη:** .....

[illegible]

**ΑΜ Ασφαλισμένου  
ή Συνταξιούχου**

[illegible][illegible]

<b>ΑΦΜ</b>								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ :**

Επώνυμο	
Όνομα	
Πατρώνυμο	

ΑΔΤ								
Έτος Γέννησης								

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Επώνυμο	
Όνομα	
Πατρώνυμο	

ΑΔΤ								
Έτος Γέννησης								

## ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος					
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα					
Διεύθυνση (οδός Αριθ.)					
Οικισμός					
Νομός					
Ταχ. Κώδικας)					

Συμπληρώνεται μόνο όταν ο Δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο.

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος					
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα					
Διεύθυνση (οδός Αριθ.)					
Οικισμός					
Νομός					
Ταχ. Κώδικας					

## Ο Αιτών και υπεύθυνα δηλών

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

(Υπογραφή)

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ :**

1. Η πρωτότυπη συνταγή που δεν εκτελέστηκε στο ιδιωτικό φαρμακείο. Οι συνταγές που γίνονται αποδεκτές είναι οι ηλεκτρονικές συνταγές μέσω του συστήματος ΗΔΙΚΑ και οι χειρόγραφες συνταγές που έχουν συνταγογραφηθεί στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο (πράσινες συνταγές ΙΚΑ – ΕΤΑΜ).
2. Οι αντίστοιχες ταινίες γνησιότητας των φαρμάκων.
3. Η απόδειξη πληρωμής στο φαρμακείο.
4. Έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό, όπου απαιτείται.
5. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας του ασφαλισμένου από το οποίο να προκύπτουν τα στοιχεία του και η διάρκεια ισχύος του βιβλιαρίου.
6. Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τραπέζης από το οποίο να προκύπτει ευκρινώς το όνομα του δικαιούχου και ο λογαριασμός IBAN.
7. ΑΦΜ και ΑΜΚΑ (συμπληρώνεται επί της αιτήσεως)

**ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.**

	Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας
1.							
2.							
3.							