



ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1972

45 ΧΡΟΝΙΑ ΑΔΙΑΛΕΙΠΤΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

ΑΓΙΑΣ ΖΩΝΗΣ 39 – 112 56 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. : 210 864 7522 – FAX: 2108647696

e-mail: [info@ipxp.gr](mailto:info@ipxp.gr) [www.ipxp.gr](http://www.ipxp.gr)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

--	--	--

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο	
Όνομα	
Όν. Πατέρα	
Όν. Μητρός	
Διεύθυνση	
ΤΚ	
Τηλέφωνο	
Κινητό	
ΑΦΜ	
ΑΜΚΑ	
ΑΜΑ	

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Επώνυμο	
Όνομα	
Όν. Πατρός	
Όν. Μητρός	
Διεύθυνση	
ΑΦΜ	
Τηλέφωνο	
Βαθμός Συγγενείας	

### Προς το Ίδρυμα Περιθάλψεως Χρονίως Πασχόντων

Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτή την αίτηση μου / του \_\_\_\_\_ για εισαγωγή στο Ίδρυμα Περιθάλψεως Χρονίως Πασχόντων.

*Σε περίπτωση αποδοχής της αίτησης και εισαγωγής του ασθενούς στο ΙΠΧΠ, εάν στην συνέχεια διαπιστωθεί εντός των πρώτων δέκα [10] ημερών παραμονής του νοσηλευόμενου στο Ίδρυμα Περιθάλψεως Χρονίως Πασχόντων ότι δεν τηρούνται οι αρχικές προϋποθέσεις εισαγωγής, αποδέχομαι ότι το ως άνω ίδρυμα έχει το δικαίωμα να προβεί σε ανάκληση της εισαγωγής και δηλώνω ότι θα μεριμνήσω για την εντός τριών [3] ημερών από την έγγραφη ειδοποίησή μου αποχώρηση μου / του ασθενούς από το Ίδρυμα.*

Ο / Η ΑΙΤ.....