

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΓΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΠΑΡΟΧΟ

Α.Γ.Μ.:.....
ΒΑΘΜΟΣ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΑΦΜ:
ΑΜΚΑ:.....
ΙΒΑΝ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....
ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....
ΠΟΛΗ:.....
ΝΟΜΟΣ.....
ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- I. Βεβαίωση Παροχών ΕΟΠΥΥ .
- II. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών από ιδιωτική κλινική συμβεβλημένη με τον ΕΟΠΥΥ.
- III. Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

Π Ρ Ο Σ

**ΤΑ.Π.Α.Σ.Α
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ
Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ.104 38**

Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή για ακτινοθεραπεία με νοσηλεία σε ιδιώτη πάροχο, ποσού ύψους τριάντα (30) ευρώ ανά θεραπεία όπως προβλέπεται από το εδάφιο ε΄ του άρθρου 5, της από 23/02/2022 Υπουργικής Απόφασης που δημοσιεύτηκε στο Φ.Ε.Κ. Β΄ 1651 / 07-04-2022.

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@tapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ.....