

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΤΗΣΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΡΟΥΤΙΝΑΣ /
REFERRAL FORM FOR ANNUAL MEDICAL / LABORATORY EXAMINATION (CHECK-UP)**

Αριθμός Αιτήσεως/Συμβολαίου / Proposal/Policy No.: **201617 1350**

Όνομα Εταιρίας / Company Name: **ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΣΥΝΤΕΧΝΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ
ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ (ΑΣΕΤ-ΣΥΤΑ)**

Ασφαλισμένα μέλη / insured members: **ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΕΧΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΤΟΥΣ**

Τμήμα / Department: **ΤΜΗΜΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ / CLAIMS DEPARTMENT**

Όνομα Ασφαλιζομένου / Insured Person's name:

Ημερομηνία Γεννήσεως / Dob:

Ημερομηνία / Date:

ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / TYPE OF EXAMINATION

Εργαστηριακές εξετάσεις / Laboratory Tests – 01/12/2017 – 01/12/2018

Αιματολογικές Εξετάσεις που να περιλαμβάνουν: Αιμοσφαιρίνη, Λευκά αιμοσφαίρια με τον διαχωρισμό τους & Καθίζηση ερυθρών αιμοσφαιρίων / **Full Blood Count** which includes: Hemoglobin, White blood cells including their separation, & erythrocytes sedimentation

Βιοχημεία (ανάλυση αίματος) που να περιλαμβάνει: Ζάκχαρο, Ολική Χοληστερόλη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια, Αλκαλική Φωσφατάζη, Κρεατινίνη & Ένζυμο SGPT / **Biochemistry** which includes: Glucose, Total Cholesterol, HDL, LDL, Triglycerides, ALP, Creatinine and SGPT Enzyme

Ανάλυση Ούρων / Urine Analysis

Ημερομηνία Ραντεβού / Appointment Date: Ώρα / Time:

**ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ/ΧΗΜΙΚΟ / TO BE COMPLETED BY
EXAMINING DOCTOR/CHEMIST**

Ημερομηνία / Date:

Όνομα Ιατρού/Χημικού / Doctor's/Chemist name:

Επισυνάπτω το πρωτότυπο τιμολόγιο /
I attach the original invoice.

Υπογραφή Ιατρού/Χημικού / Doctor's/Chemist Signature: