

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:

____/____/____

ΥΠΟΒΟΛΗ:
☐ Επώνυμη ☐ Ανώνυμη

ΑΡ. ΠΡΩΤ.:

ΕΙΔΟΣ ΠΡΩΤ.:
☐ Γενικό

☐ Εμπιστευτικό

Σημείωση υπηρεσίας: Τα πεδία πρωτοκόλλου συμπληρώνονται από την αρμόδια υπηρεσία.

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΑΝΩΝΥΜΗ ΥΠΟΒΟΛΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΙΔΙΟΤΗΤΑ: ☐ Ασθενής ☐ Συγγενής ασθενή ☐ Νόμιμος εκπρόσωπος ☐ Άλλο: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

Τ.Κ. / ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.: _____

E-MAIL: _____

Β. ΠΟΥ / ΠΟΙΟΝ ΑΦΟΡΑ Η ΘΕΤΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ
ΚΥΡΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ: _____

ΚΛΙΝΙΚΗ / ΤΜΗΜΑ: _____

ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ: _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ / ΥΠΗΡΕΣΙΑ: _____

Γ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΝΤΥΠΩΣΗΣ / ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ

Δ. ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ – ΜΗ ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗ ΓΡΑΜΜΗ
ΚΟΙΝ. ΑΜΕΣΑ ΕΝΔΙΑΦ.:
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΚΟΙΝ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΗΤΡΩΟΥ:
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΗΜ/ΝΙΑ ΚΟΙΝ.: ____/____/____

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: _____

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Η διαχείριση των θετικών εντυπώσεων γίνεται σύμφωνα με τον GDPR (ΕΕ) 2016/679 και τον ν. 4624/2019.