



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ1

101

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Τμήμα:

Δ1

102

Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Τμήμα:	<input type="text"/>	Κλάδος/Ειδικότητα:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>

ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ - ΘΕΜΑ

Προς:

Θέμα:

Κοινοποίηση:

Ο/Η συντάκτης

(υπογραφή)



Ημ/νία:

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ Ή ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Τραυματισμός από αντικείμενο | <input type="checkbox"/> Καταστροφή εγκατάστασης | <input type="checkbox"/> Πυρκαγιά |
| <input type="checkbox"/> Τραυματισμός από πτώση | <input type="checkbox"/> Καταστροφή εξοπλισμού | <input type="checkbox"/> Απώλεια ή κλοπή αντικειμένου |
| <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Διασπορά τοξικών ουσιών | <input type="checkbox"/> Επίθεση κατά ανθρώπου ή συμπλοκή |

Το συμβάν αφορά:

Περιγραφή:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΤΟΠΟΣ - ΧΡΟΝΟΣ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ & ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Κτίριο: Όροφος: Τμήμα:
Θάλαμος/δωμάτιο: Ημ/νία: Ώρα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ:

- | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Ονοματεπώνυμο: <input type="text"/> | Ιδιότητα: <input type="text"/> | Τηλ.: <input type="text"/> |
| 2. Ονοματεπώνυμο: <input type="text"/> | Ιδιότητα: <input type="text"/> | Τηλ.: <input type="text"/> |
| 3. Ονοματεπώνυμο: <input type="text"/> | Ιδιότητα: <input type="text"/> | Τηλ.: <input type="text"/> |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:

Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα:
Ημ/νία: Ώρα: Υπογραφή:

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ

Αντιμετώπιση:

<input type="text"/>	Υπογραφή συμπληρούντος
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Υπογραφή συμπληρούντος
<input type="text"/>	

Ενημέρωση υπευθύνων:

<input type="text"/>	Υπογραφή συμπληρούντος
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Υπογραφή συμπληρούντος
<input type="text"/>	



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>	
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Ηλικία:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>	
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>			
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	<input type="text"/>	Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>		Τηλ.	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	<input type="checkbox"/>	Έμμεσα:	<input type="checkbox"/>	Άμεσα Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/>	Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Αρ. Βιβλ:	<input type="text"/>	Κωδ. Κοιν:	<input type="text"/>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή εισαγωγής από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: Άλλο:

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή**

Αιτία εισαγωγής:

Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):

Παρατηρήσεις εισόδου:

Κλινική εισαγωγής:

Κωδ. Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή-σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

...../...../200.....
Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ & ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Αρ. Αστ. Ταυτ.:	<input type="text"/>	Στοιχεία συνοδού:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα / Κλινική:	<input type="text"/>	Θάλαμος:	<input type="text"/>		
Θέση Νοσηλείας :	<input type="text"/>	Ημ/νία:	<input type="text"/>	Ώρα προσέλευσης:	<input type="text"/>

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

A. Χρήματα :	<input type="text"/>
B. Έγγραφα :	<input type="text"/>
Γ. Τιμαλφή :	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια
(ή άλλο μέλος του προσωπικού του Νοσοκομείου)

Ο/Η Διασώστης ΕΚΑΒ

Ο/Η Ασθενής ή Συνοδός

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι βεβαιώνουν για την παραλαβή και σφράγιση των άνω τιμαλφών εντός φακέλου υπ' αριθμ.

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ο/Η Ταμίας

	Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

Δ2

121

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΑΔΕΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Κατόπιν αιτήματος του ασθενή που νοσηλεύεται στην κλινική
δίδεται άδεια εξόδου από ημερομηνία και ώρα έως ημερομηνία
και ώρα για την πραγματοποίηση
στο
Κατά τις ώρες απουσίας του ασθενή, η Διοίκηση του Νοσοκομείου και ο Διευθυντής της κλινικής δεν φέρει καμία ευθύνη.

Ημερομηνία:

Ο/Η Θεράπων Ιατρός

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
Κλινικής

Η Διευθύντρια της
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Συν.: Αίτηση του ασθενή



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>
Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΑΠΟ:

Νοσοκομείο:

Κλινική: Θάλαμος: Κλίνη:

Τηλέφωνο κλινικής:

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ:

Φορείο: Τροχήλατο: Άλλο:

Ώρα μεταφοράς:

ΠΡΟΣ:

Νοσοκομείο:

Κλινική ή Γηροκομείο: Οικία: Άλλο:

Διεύθυνση (όπου θα μεταφερθεί ο/η ασθενής):

Οδός: Αριθμός: Περιοχή:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πάθηση που δικαιολογεί τη μεταφορά με ασθενοφόρο (εκτός αυτών που αναφέρονται στην υπ' αριθμόν Y4B/3357/42/12-04-94 παρ. δ, απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής της κλινικής

(υπογραφή – σφραγίδα)



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ.-Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>	Ποσοστό συμμετοχής:	<input type="text"/>		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	<input type="text"/>	Έμμεσα:	<input type="text"/>	Άμεσα Ασφαλισμένος:	<input type="text"/>	Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Αρ. Βιβλ:	<input type="text"/>	Κωδ. Κοιν:	<input type="text"/>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>		
Κλινική:	<input type="text"/>	Κωδικός Κλινικής:	<input type="text"/>	Θέση Νοσηλείας:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				
	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση): <input type="text"/>				

Έκβαση Νοσηλείας (συμπληρώνεται με x το αντίστοιχο κουτί):

ΙΑΣΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΣ

Διακομιδή κατά την έξοδο:

Προς:

Ημερομηνία εξόδου:

Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

και εξήλθε την

...../...../200.....

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα



Αρ. Μητρ Ασθ:

ΔΕΛΤΙΟ ΧΡΕΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Ή ΣΥΝΟΔΟΥ)

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
Ασφαλ. φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:		Ποσοστό συμμετοχής:	
Ημ/νία εισόδου:		Ημ/νία εξόδου:		Ημέρες νοσηλείας:	

ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

α/α	Κωδικός	Περιγραφή	Μονάδα Μέτρησης	Ποσότητα	Τιμή Μονάδος	Αξία
-----	---------	-----------	-----------------	----------	--------------	------

ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ ΕΚΤΟΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

ΑΛΛΑ

ΣΥΝΟΛΟ:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση



Ημ/νία:

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο παραπονούμενου:

Ιδιότητα παραπονούμενου: Ασθενής: Συγγενής ασθενούς: Άλλη:

Διεύθυνση: Τ.Κ.-Πόλη: Τηλ.:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ

Ποιόν ή ποιους αφορά:

(Μπορείτε να συνεχίσετε στην πίσω σελίδα)

Τι ενδεχομένως προτείνεται για τη διευθέτηση του θέματος :

Σε ποιόν υποβλήθηκε:

υπογραφή

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Τμήμα Νοσηλείας/εξυπηρέτησης:

Κατηγορία παραπόνου: Παροχή φροντίδας: Ενημέρωση: Εξυπηρέτηση: Άλλο:

Άποψη Προϊσταμένου Τμήματος:

Διευθέτηση ή διαχείριση παραπόνου:

Ενημερώθηκε ο παραπονούμενος; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Με ποιο τρόπο:

Όνομ/μο υπευθύνου

υπογραφή



Ημ/νία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας, σημειώνοντας με στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς: Άνδρας Γυναίκα Ηλικία ετών.
Η εισαγωγή σας ήταν: Έκτακτη Προγραμματισμένη
Νοσηλεύτηκατε στην Κλινική: Διάρκεια νοσηλείας: ημέρες.
Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ:

ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ:

	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε στο Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών (κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια σερβιρίσματος (εμφάνιση, θερμοκρασία κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά προσωπικού τροφοδοσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητες και εμπειρία νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:

Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοήθεια για τη μετακίνηση σας (εφόσον χρειάστηκε) <input type="checkbox"/> Δεν χρειάστηκε: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις Γραμματείες του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Το Νοσοκομείο μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σας βεβαιώνουμε ότι συμβάλατε στη προσπάθειά μας για βελτίωση.

Ημ/νία
Αρ. Πρωτ: **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ****Προς:**

Σας γνωρίζουμε ότι, σύμφωνα με το ΦΕΚ αριθμ. (τεύχος ΝΠΔΔ) είστε διοριστέος/α ως υπάλληλος κατηγορίας κλάδου στο

Παρακαλούμε, εφόσον αποδέχεσθε το διορισμό σας, εντός είκοσι (20) ημερών να καταθέσετε στο Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου μας τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιητικό Εισαγγελίας*
2. Πιστοποιητικό Υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή
3. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α' *
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
5. Επικυρωμένη Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
6. Τίτλο σπουδών
7. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
8. Α.Φ.Μ. – Δ.Ο.Υ.
9. Προϋπηρεσία (αν υπάρχει)
10.
11.
12.

καθώς και όλα τα δικαιολογητικά που δηλώσατε στην αίτησή σας ότι έχετε, ως προσόν διορισμού.

Αν δεν αποδέχεσθε τη θέση, παρακαλούμε να μας αποστείλετε άμεσα Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 για τη μη αποδοχή του διορισμού.

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή-σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστ/νος Τμήματος Προσωπικού

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή-σφραγίδα)

(υπογραφή-σφραγίδα)

* Το πιστοποιητικό αναζητείται αυτεπαγγέλτως από την Υπηρεσία που πραγματοποιεί τον Διορισμό.



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ.:

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΡΚΩΜΟΣΙΑΣ

Στ σήμερα ημέρα και ώρα
στην αίθουσα τελετών του Νοσοκομείου
ενώπιον του/της Διοικητού του Νοσοκομείου κ.
εμφανίσθηκε ο/η κ.
που διορίσθηκε με την αριθμ. απόφαση του Υπουργού Υ. Υ. & Κ. Α.,
που δημοσιεύθηκε στο αριθμ. ΦΕΚ τχ. Ν.Π.Δ.Δ., με Αρ. βεβ. Υ.Δ.Ε.
σε κενή οργανική θέση κατηγορίας κλάδου με βαθμό
και έδωσε σύμφωνα με τα άρθρα 18 και 19 του Ν. 2683/99 το νόμιμο όρκο, που έχει ως εξής:

*“ Ορκίζομαι να φυλάττω πίστη στην Πατρίδα, υπακοή στο Σύνταγμα και τους νόμους
και να εκπληρώ τιμίως και ευσυνειδήτως τα καθήκοντα μου”.*

Ο/Η Ορκισθείς/σα

Ο/Η Διοικητής



Ημ/νία
Αρ. Πρωτ.

ΠΡΑΞΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Προσήλθε σήμερα ημέρα
ο/η κ.
που διορίσθηκε με την αριθμ. απόφαση του Υπουργού Υ. Υ. & Κ. Α.,
που δημοσιεύθηκε στο αριθμ. ΦΕΚ Τχ. Ν.Π.Δ.Δ., σε κενή οργανική θέση
κατηγορίας κλάδου με τον εισαγωγικό βαθμό
και ανέλαβε υπηρεσία ως δόκιμος/η υπάλληλος.

Ο/Η Διοικητής



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Σήμερα, ΣΤ

ο/η διοικητής του Νοσοκομείου

και ο/η κ.

συμφωνήσαμε και αποδεχθήκαμε τα παρακάτω:

1. Το σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 21 του Ν 2190/94,

όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα, προσλαμβάνει σε θέση

τον/την ανωτέρω κ. μετά από την απόφαση του Δ.Σ. με αριθμ.

και με αριθμ. Υ.Δ.Ε.

2. Το χρονικό διάστημα που θα υπηρετεί έχει διάρκεια και αρχίζει από

μέχρι σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν.2190/94 όπως

τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα.

3. Ως αμοιβή ορίζεται αυτή του εισαγωγικού Μ.Κ. της κατηγορίας, πλέον

όσων άλλων αποδοχών προβλέπονται από το Νόμο.

4. Έδρα του/της υπαλλήλου ορίζεται η πόλη

5. Η μισθοδοσία του υπαλλήλου αρχίζει από τις και καταβάλλεται

δεδουλευμένως στο τέλος κάθε

6. Ο/η ως άνω υπάλληλος αποδέχεται την αυτεπάγγελτη αναζήτηση των απαραίτητων δικαιολογητικών για τον διορισμό του.

7. Μετά τη λήξη του ορισμένου χρόνου της σύμβασης, ο/η ως άνω υπάλληλος υποχρεώνεται, χωρίς άλλη προειδοποίηση να αποχωρήσει από την υπηρεσία, χωρίς αποζημίωση.

Η σύμβαση αυτή έχει συνταχθεί σε τρία (3) αντίγραφα και υπογράφεται από τους συμβαλλόμενους, οι οποίοι λαμβάνουν από ένα όμοιο.

Ο/Η προσλαμβανόμενος/η *

Ο/Η Διοικητής *

* Οι υπογραφές και στα τρία αντίγραφα, πρέπει να είναι πρωτότυπες.



Ημ/νία:

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:		Αρ. Μητρ. Μισθ:	

ΣΠΟΥΔΕΣ

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΗΣ

ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

A. Διδακτορικό		
B. Μεταπτυχιακός τίτλος		
Γ. Α.Ε.Ι. (Α' πτυχίο)		
Δ. Α.Ε.Ι. (Β' πτυχίο)		
Ε. Τ.Ε.Ι.		
Στ. Δ/θμια ή μεταδευτεροβάθμια εκπ/ση		
Ζ. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση		

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ

(έτη/μήνες/ημέρες)

ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
ΦΟΡΕΑΣ:		
Συνολικός χρόνος αναγνωρισμένης προϋπηρεσίας:		
Χρόνος που δεν προσμετράται για οποιαδήποτε αιτία:		
Συνολική υπηρεσία για κατάταξη:		
Μισθολογικό κλιμάκιο κατάταξης (στην κατηγορία και κλάδο):		Πλεονάζων χρόνος:
Ημερομηνία χορήγησης επόμενου μισθολογικού κλιμακίου:		
Ημ/νία πρώτου διορισμού:		Ημ/νία ανάληψης καθηκόντων νέου διορισμού:

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

Νοσοκομειακό: Α Β Α+15 έτη **Σπουδών:** Διδακτορικού Μεταπτυχιακού
Οικογενειακό: Αρ. τέκνων Αρ. τέκνων που δεν δικαιούνται επίδομα **Παραμεθορίου:** Α Β Γ
Θέσης: Δ/ντή Υπ/ντή Προϊστ. Τμ Προϊστ. Αυτοτ. Γρ. **Πληροφ/κής:** Αναλυτής/Προγρ Χειριστής
Απόδοσης: ΠΕ ΤΕ ΔΕ ΥΕ ΔΕ>25 ΥΕ>25 ΠΕ-ΤΕ χωρίς πτυχίο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.	ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΣ	ποσό	11.	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ της π.1 του αρθ. 24 του ν.3502/03	ποσό
2.	ΚΙΝΗΤΡΟ ΑΠΟΔΟΣΗΣ		12.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ της π.1 του αρθ. 24 του ν.3502/03	
3.	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ		13.	ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΟΧΗ	
4.	ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ		14.		
5.	ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
6.	ΣΠΟΥΔΩΝ				
7.	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ				
8.	ΠΑΡΑΜΕΘ. ΠΡΟΒΛΗΜ.				
9.					
10.					
	ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	

Ο/Η συντάκτης

Ο/Η Προϊστάμενος του Τμήματος Προσωπικού



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

(άρθρο 28 του Ν.2683/99)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

ΔΗΛΩΣΗ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση, δηλώνω ότι, η περιουσιακή μου κατάσταση έχει όπως αναφέρεται παρακάτω*:

ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

* Όσον αφορά τα ακίνητα θα αναγράφονται:

- Η διεύθυνση του ακινήτου, η επιφάνεια του και το τυχόν ποσοστό συνιδιοκτησίας.
- Σε όλα τα περιουσιακά στοιχεία θα αναφέρεται η ημερομηνία που αποκτήθηκαν.

Για περισσότερες πληροφορίες να απευθύνεστε στο Τμήμα Προσωπικού.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΤΩΝ ΤΕΚΝΩΝ

Ο/Η Δηλών/ούσα



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Τμήμα:	<input type="text"/>		
Κατ./Κλάδος:	<input type="text"/>				

ΠΑΡΑΚΑΛΩ

Να μου χορηγήσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα ημερών και συγκεκριμένα από μέχρι (τελ. ημέρα)
Συνημμένα δικαιολογητικά (αριθμός) Αρ. Μητρ. Εργαζομένου:

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ

<input type="checkbox"/> Κανονική	<input type="checkbox"/> Επιστημονική	<input type="checkbox"/> Εκπαιδευτική	<input type="checkbox"/> Αιμοδοτική	<input type="checkbox"/> Μηχανογραφική
<input type="checkbox"/> Γονική	<input type="checkbox"/> Ρεπό	<input type="checkbox"/> Κύησης	<input type="checkbox"/> Λοχείας	<input type="checkbox"/> Ανατροφής παιδιού
<input type="checkbox"/> Παραμεθορίου	<input type="checkbox"/> Δικαστική	<input type="checkbox"/> Εκλογική	<input type="checkbox"/> Γάμου	<input type="checkbox"/> Κηδείας
<input type="checkbox"/> Ακτινολογική	<input type="checkbox"/> Αναρρωτική	<input type="checkbox"/> Άνευ αποδοχών	<input type="checkbox"/> Ολιγώρη για προσωπικούς λόγους	
<input type="checkbox"/> Ολιγώρη για υπηρεσιακούς λόγους (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Υπηρεσιακή (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Άλλη (περιγραφή)	<input type="text"/>			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η
Αιτών/ούσα

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος*

Ο/Η Προϊστάμενος
Τομέα

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(σφραγίδα – υπογραφή)

Χορηγηθείσες άδειες έτους μέχρι σήμερα Νέο υπόλοιπο αδειών έτους

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος Προσωπικού

Ο/Η Διοικητής

* Υπογράφεται από τον Προϊστάμενο του Τμήματος ή τον Προϊστάμενο Παραϊατρικού



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ.:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η κ.

Όνοματεπώνυμο – πατρώνυμο υπαλλήλου

διορίστηκε στο Νοσοκομείο στις με το ΦΕΚ αριθμ. ΤΧ. ΝΠΔΔ,
σε κενή οργανική θέση κατηγορίας/κλάδου και εξακολουθεί να υπηρετεί.

Η βεβαίωση χορηγείται ύστερα από αίτησή του, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος Προσωπικού

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Κατηγορία:	<input type="text"/>	Κλάδος:	<input type="text"/>	Βαθμός:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>	Ειδικότητα:	<input type="text"/>

ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις με το ΦΕΚ σε κενή οργανική θέση του κλάδου με βαθμό και

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστάμενος/η
Τμήματος Προσωπικού

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:			

Β. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Γραφείο Μισθοδοσίας, οι μηνιαίες αποδοχές του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου είναι:

ΑΠΟΔΟΧΕΣ	
Βασικός μισθός	
Χρονοεπίδομα	
Οικογενειακή Παροχή	
Απόδοσης	
Νοσοκομειακό - Τροφής	
Πάγια Αποζημίωση	
Επίδομα Νοσοκομειακής Απασχόλησης	
Επίδομα Ετοιμότητας	
Επίδομα Θέσης Ευθύνης	
Επίδομα Πληροφορικής	
Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών	
Επίδομα προβληματικών και παραμεθορίων περιοχών	
Επίδομα Ε.Σ.Δ.Δ.	
Επίδομα ειδικών συνθηκών	
Εξωδιδασκτική Απασχόληση	
ΣΥΝΟΛΟ:	

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ	
ΜΤΠΥ	
ΤΠΔΥ	
ΤΕΑΔΥ	
ΤΣΑΥ	
Υγειονομική Περίθαλψη	
Κλάδος Σύνταξης Δημοσίου	
Φόρος	
Σύλλογος	
ΜΤΠΥ Εγγραφής	
ΤΕΑΔΥ Εγγραφής	
Δάνειο	
Δάνειο	
Δάνειο	
ΣΥΝΟΛΟ	

Η Βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτηση του/της

Ο/Η συντάξας/σα

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Κατηγορία:	<input type="text"/>	Κλάδος:	<input type="text"/>	Βαθμός:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>	Ειδικότητα:	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>	Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Α. ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις , με το ΦΕΚ αριθμ. ΤΧ. ΝΠΔΔ, σε κενή οργανική θέση του κλάδου με βαθμό και

Ο/Η συντάξας/σα

Ο/Η Προϊστάμενος/η
Τμήματος Προσωπικού

Β. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Γραφείο Μισθοδοσίας, οι μηνιαίες αποδοχές του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου είναι:

ΑΠΟΔΟΧΕΣ

Βασικός μισθός	<input type="text"/>
Χρονοεπίδομα	<input type="text"/>
Οικογενειακή Παροχή	<input type="text"/>
Απόδοσης	<input type="text"/>
Νοσοκομειακό - Τροφής	<input type="text"/>
Πάγια Αποζημίωση	<input type="text"/>
Επίδομα Νοσοκομειακής Απασχόλησης	<input type="text"/>
Επίδομα Ετοιμότητας	<input type="text"/>
Επίδομα Θέσης Ευθύνης	<input type="text"/>
Επίδομα Πληροφορικής	<input type="text"/>
Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών	<input type="text"/>
Επίδομα προβληματικών και παραμεθορίων περιοχών	<input type="text"/>
Επίδομα Ε.Σ.Δ.Δ.	<input type="text"/>
Επίδομα ειδικών συνθηκών	<input type="text"/>
Εξωδιδακτική Απασχόληση	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
ΣΥΝΟΛΟ:	<input type="text"/>

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ

ΜΤΠΥ	<input type="text"/>
ΤΠΔΥ	<input type="text"/>
ΤΕΑΔΥ	<input type="text"/>
ΤΣΑΥ	<input type="text"/>
Υγειονομική Περίθαλψη	<input type="text"/>
Κλάδος Σύνταξης Δημοσίου	<input type="text"/>
Φόρος	<input type="text"/>
Σύλλογος	<input type="text"/>
ΜΤΠΥ Εγγραφής	<input type="text"/>
ΤΕΑΔΥ Εγγραφής	<input type="text"/>
Δάνειο	<input type="text"/>
Δάνειο	<input type="text"/>
Δάνειο	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
ΣΥΝΟΛΟ	<input type="text"/>

Η Βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτηση του/της

Ο/Η συντάξας/σα



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ

Το παρών πιστοποιητικό περιέχει τα στοιχεία του υπαλλήλου που αφορούν στα εξής:

Διορισμός	Μεταβολές θέσης	Εκπαίδευση – μεταβολές	Κατάταξη
Μεταβολές βαθμού	Διακρίσεις – Πειθαρχικές ποινές	Μεταβολές κλάδου - ειδικότητας	Μεταβολές μισθολ. κλιμακίου
Αξιολόγηση Υπαλλήλου	Παρούσα υπηρεσιακή κατάσταση		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:	Κλάδος:			Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του υπηρεσιακού φακέλου του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου, ο οποίος τηρείται στο Νοσοκομείο μας, ο/η ως άνω υπάλληλος:



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Κατηγορία: Κλάδος: Αρ. Μητρ. Υπαλλ.:

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ή ΜΕΤΑΤΑΞΗ	
ΗΜ/ΝΙΑ	
ΦΕΚ	
ΑΠΟΦ. ΜΕΤΑΤ.	

ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	
ΚΛΑΔΟΣ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	
ΒΑΘΜΟΣ	
ΚΛΙΜΑΚΙΟ	

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΛΑΔΟΥ-ΕΙΔΙΚΟΤ.	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΘΕΣΗΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΒΑΘΜΟΥ	
Ημ/νια	βαθμός

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΛΙΜΑΚΙΟΥ	
Ημ/νια	κλιμάκιο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
Ημ/νια	μεταβολή

ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	
Ημ/νια	Συντάκτης

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ – ΠΕΙΘΑΡΧ. ΠΟΙΝΕΣ	
Ημ/νια	

ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ	
Ημ/νια	

