



ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

....., /..../201.....

Αριθμ. Πρωτ.

.....

..... ΥΠΟΚ/ΜΑ

ΤΜΗΜΑ : ΕΣΟΔΩΝ

Ταχ. Διεύθυνση :

.....

Πληροφορίες :

Αριθ. τηλεφώνου :

FAX :

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ
ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

Βεβαιώνεται ότι, ο/η.....

..... Α.Μ.Ε.,

Α.Μ.Κ.Α., όπως προκύπτει από τα ασφαλιστικά στοιχεία που μας προσκόμισε, καθώς και από τα μηχανογραφικά τηρούμενα αρχεία της Υπηρεσίας μας έχει πραγματοποιήσει, ως αποκλειστική/κός νοσοκόμα/ος στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

.....(.....)

ημέρες εργασίας .

ολογράφως

αριθμητικώς

Η παρούσα χορηγείται κατόπιν αιτήσεώς τ....., σε εφαρμογή των διατάξεων της υπ'αριθμ.. Υ4α / οικ. 37804/25-4-2013 (ΦΕΚ 1023/25-2013 τ.Β') με κάθε επιφύλαξη για οποιαδήποτε εκ των υστέρων μεταβολή των στοιχείων, βάσει των οποίων εκδόθηκε.

..... ΔΙΕΥΘΥΝΤ.....

(ΥΠΟΛΕΙΓΜΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ)