

ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ



....., /..../ 202...
Αριθμ. Πρωτ.

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

..... 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.....