ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

……., …. /…./ 202…
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……