

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.....

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ)

2. ΨΟΨ8469Η26-8ΞΩ/44717-1/11/2024