



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ**

(Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.)

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ**

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ταχ. δ/ση : Πατησίων 54, 106 82 Αθήνα

Αθήνα : 18.01.2011
Αριθμ. Πρωτ. : 4451/1010/112

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ
ΜΕ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.), σε εκτέλεση της υπ' αριθμ. 2438/16.12.2010 απόφασης του Διοικητικού του Συμβουλίου και κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 6 εδάφιο ζ του άρθρου 78 του Ν. 3655/2008 (ΦΕΚ Α' 58/03.04.2008) προσκαλεί προς σύναψη συμβάσεων τους κάτωθι παρόχους υγείας :

1	ΙΑΤΡΟΥΣ
2	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ
3	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ για νοσηλεία

Οι συμβάσεις θα αφορούν τους ασφαλισμένους του Κλάδου Υγείας του Ταμείου, σε όλη τη χώρα και ειδικότερα τους ασφαλισμένους των Τομέων Ασθένειας , : α) ΤΑΠ-ΟΤΕ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΟΤΕ), β) ΤΑΠ-ΔΕΗ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΔΕΗ), γ) ΤΑΠΤΠΓΑΕ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού Τραπεζών Πίστεως, Γενικής και Αμερικαν Εξπρές), δ) ΤΑΠ-ΕΤΕ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας), ε) ΤΑΠ-ΕΤΒΑ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΕΤΒΑ), στ) ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού Ασφαλιστικής Εταιρείας « Η ΕΘΝΙΚΗ»), ζ) ΤΑΠ-ΗΣΑΠ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΗΣΑΠ) και η) ΤΑΠ-ΗΛΠΑΠ (Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ), σύμφωνα με τις διατάξεις των Κανονισμών των κατ' ιδίαν Τομέων, όπως εκάστοτε ισχύουν και υπό τις προϋποθέσεις που αυτοί ορίζουν.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να προσκομίσουν τα ακόλουθα δικαιολογητικά ανά κατηγορία :

A. Ιατροί	
1	Αίτηση (υπόδειγμα 1), στην οποία θα τεθεί και η σφραγίδα με πλήρη στοιχεία.
2	Άδεια λειτουργίας ιατρείου ή άδεια λειτουργίας εργαστηρίου (γνήσιο αντίγραφο από δημόσια αρχή ή δικηγόρο). Στις περιπτώσεις που ο γιατρός δεν έχει άδεια λειτουργίας ιατρείου θα καταθέσει υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνει ότι, καλύπτεται από τη νομοθεσία (αναφέροντας τη σχετική διάταξη) με προθεσμία προσαρμογής στην υποχρέωση του για την έκδοση της απαιτούμενης άδειας λειτουργίας.
3	Πρόσφατη βεβαίωση του οικείου ιατρικού συλλόγου, στην οποία θα αναφέρεται ο αριθμός της άδειας άσκησης επαγγέλματος και η ιατρική ειδικότητα.
4	Υπεύθυνη Δήλωση (με γνήσιο της υπογραφής) του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 στην οποία θα δηλώνει ότι δεν έχει ενταχθεί στο Ε.Σ.Υ. σαν ιατρός αποκλειστικής απασχόλησης (εφόσον αυτό δεν αναγράφεται στην βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου), εάν έχει οποιαδήποτε εργασιακή σχέση στο δημόσιο τομέα ή σε νπδδ και αν απασχολείται ή συμμετέχει ως εταίρος σε ιδιωτικούς φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οποιασδήποτε νομικής μορφής. Επίσης θα δηλώνει εάν συστεγάζεται με κλινικές ή ιδιωτικούς φορείς Π.Φ.Υ..
5	Βιογραφικό σημείωμα.
6	Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
7	Αριθμό τραπεζικού λογαριασμού και φωτοαντίγραφο της 1 ^{ης} σελίδας τραπεζικού βιβλιαρίου, από την οποία να προκύπτει η Τράπεζα και το IBAN.
*	Ο ιατρός υποχρεούται, <u>κατά την υπογραφή της σύμβασης</u> , να υποβάλει στο Ταμείο υπεύθυνη δήλωση, στην οποία να δηλώνει τα είδη μηχανημάτων ή συσκευών που διαθέτει το ιατρείο του ή το εργαστήριό του, τις κατάλληλες άδειες εκτέλεσης ιατρικών πράξεων, τις πράξεις που θα πραγματοποιεί με καθένα απ' αυτά καθώς και το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου. Σε περίπτωση δε απόκτησης νέων ή εκποίησης των αρχικώς δηλωθέντων, οφείλει να υποβάλλει στο ΤΑΥΤΕΚΩ συμπληρωματική δήλωση. Σε περίπτωση μεταστέγασης, επέκτασης ή μείωσης του αντικειμένου, μετά την υπογραφή της σύμβασης οφείλει να υποβάλλει την νέα άδεια λειτουργίας.
**	Οι ενδιαφερόμενοι ιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι, στην σύμβαση προβλέπεται η υποχρεωτική αυστηρή τήρηση των ρυθμίσεων σχετικά με την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση συνταγών μετά την ισχύ τους και ότι, ο φορέας μας είναι υποχρεωμένος βάσει των ρυθμίσεων του ν. 3892/10 (ΦΕΚ 189 Α/ 04.11.2010) να εφαρμόσει το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που περιλαμβάνει εκτός από την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση των συνταγών και την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων , μετά την ολοκλήρωση των οργανωτικών και τεχνικών προϋποθέσεων για το σύστημα και την έκδοση της προβλεπόμενης από το νόμο απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Βάσει των ρυθμίσεων του ίδιου νόμου «Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας υποχρεούνται να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεση τους με την εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών στο Σ.Η.Σ., καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών (παρ. 9 άρθρου 5).».

Β. Διαγνωστικά Κέντρα	
1	Αίτηση (υπόδειγμα 2), στην οποία θα τεθεί και η σφραγίδα της εταιρείας με πλήρη στοιχεία.
2	Άδεια λειτουργίας και ειδικές άδειες λειτουργίας όταν υπάρχουν (γνήσια αντίγραφα από δημόσια αρχή ή δικηγόρο).
3	Υπεύθυνη δήλωση του νομίμου εκπροσώπου στην οποία θα δηλώνει ότι, το διαγνωστικό κέντρο σχετικά με τους όρους, τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τις προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία του εφαρμόζει τις διατάξεις του Π.Δ/τος 84/2001 και του Ν.3846/10, οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν κατέχουν θέση στο ΕΣΥ και ότι, οι ιατροί μέτοχοι και οι μέτοχοι που δεν είναι ιατροί δεν υπηρετούν με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση στο δημόσιο ή νπδδ ή σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία υγείας.
4	Νομιμοποιητικά έγγραφα : α. Για τις Α.Ε : Καταστατικό εταιρείας μαζί με όποιες τροποποιήσεις έχουν προκύψει σε κωδικοποίηση, ΦΕΚ δημοσίευσης καταστατικού, ΦΕΚ συγκρότησης τελευταίου Δ.Σ. και πρακτικό-απόφαση Δ.Σ. με το οποίο ορίζεται εκπρόσωπος για την υπογραφή της σύμβασης. β. Για τις Ε.Π.Ε : Καταστατικό εταιρείας μαζί με τροποποιήσεις, ΦΕΚ δημοσίευσης καταστατικού και πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί των τροποποιήσεων. γ. Για τις Ο.Ε. ή Ε.Ε. : Καταστατικό εταιρείας μαζί με τροποποιήσεις, πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί των τροποποιήσεων και απόφαση με την οποία ορίζεται εκπρόσωπος για την υπογραφή της σύμβασης.
5	Φωτοαντίγραφο ΑΔΤ νομίμου εκπροσώπου.
6	Υπεύθυνη δήλωση ποινικού μητρώου του νόμιμου εκπροσώπου, στην οποία θα δηλώνει επίσης ότι, θα ενημερώνει άμεσα το Ταμείο για οποιαδήποτε αλλαγή υπάρξει στο μέλλον σχετικά με τα δικαιολογητικά που έχουν κατατεθεί (άδειες λειτουργίας – ιδιαίτερα αυτές που απαιτούνται σε περίπτωση μεταστέγασης, επέκτασης ή μείωσης του αντικειμένου του φορέα που εκπροσωπεί –αλλαγές στην εταιρεία, στους επιστημονικά υπευθύνους, στους ιατρούς μετόχους ή εταίρους και μετόχους μη ιατρούς) και θα καταθέτει οποιοδήποτε νέο δικαιολογητικό που θα απαιτείται από ενδεχόμενη μεταβολή του υφιστάμενου νομικού πλαισίου.
7	Βεβαίωση της τράπεζας που τηρεί λογαριασμό, στην οποία να αναφέρεται το IBAN και ο αριθμός του λογαριασμού.
*	Ο νόμιμος εκπρόσωπος υποχρεούται, <u>κατά την υπογραφή της σύμβασης να υποβάλει</u> στο Ταμείο υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνει τα τμήματα, με τις αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες, τους επιστημονικά υπευθύνους ανά τμήμα, καθώς και αναλυτική κατάσταση με το μηχανολογικό εξοπλισμό που διαθέτει το διαγνωστικό κέντρο, τον χρόνο απόκτησης του, καθώς και τις συγκεκριμένες εξετάσεις και θεραπείες που πραγματοποιεί με κάθε ένα από αυτά. Σε κάθε δε περίπτωση απόκτησης νέων ή εκποίησης των αρχικώς δηλωθέντων υποχρεούται να υποβάλει στο Ταμείο συμπληρωματική όμοια δήλωση.
**	Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να γνωρίζουν ότι ο φορέας μας, όπως και όλοι οι φορείς και κλάδοι υγείας της κοινωνικής ασφάλισης, είναι υποχρεωμένος βάσει των ρυθμίσεων του ν. 3892/10 (ΦΕΚ 189 Α/ 04.11.2010) να εφαρμόσει το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης , που περιλαμβάνει εκτός από την ηλεκτρονική καταχώριση, εκτέλεση συνταγών και την ηλεκτρονική καταχώριση, εκτέλεση παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων , μετά την ολοκλήρωση των οργανωτικών και τεχνικών προϋποθέσεων για το σύστημα και την έκδοση της προβλεπόμενης από το νόμο απόφασης του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Βάσει των ρυθμίσεων του ίδιου νόμου « <i>Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας υποχρεούνται να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεση τους με την εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών στο Σ.Η.Σ., καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών (παρ. 9 άρθρου 5).</i> ».

Γ. Κλινικές	
1	Αίτηση (υπόδειγμα 3), στην οποία θα τεθεί και η σφραγίδα της εταιρείας με πλήρη στοιχεία, συνεργασίας με το Ταμείο για τη νοσηλεία ασθενών στα νομίμως λειτουργούντα τμήματα της κλινικής.
2	Βεβαίωση καλής λειτουργίας σε ισχύ, στην οποία θα βεβαιώνεται σαφώς ότι πληρούνται οι όροι των Π.Δ. που διέπουν την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της κλινικής (γνήσιο αντίγραφο από δημόσια αρχή ή δικηγόρο) και απόφαση τροποποίησης της άδειας λειτουργίας λόγω φαρμακείου, όπου αυτή απαιτείται (άρθρο 27 ν. 3846/2010).
3	Νομιμοποιητικά έγγραφα : α. Για τις Α.Ε. : Καταστατικό εταιρείας μαζί με όποιες τροποποιήσεις έχουν προκύψει σε κωδικοποίηση, ΦΕΚ δημοσίευσης καταστατικού, ΦΕΚ συγκρότησης τελευταίου Δ.Σ. και πρακτικό-απόφαση Δ.Σ. με το οποίο ορίζεται εκπρόσωπος για την υπογραφή της σύμβασης. β. Για τις Ε.Π.Ε. : Καταστατικό εταιρείας μαζί με τροποποιήσεις, ΦΕΚ δημοσίευσης καταστατικού και πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί των τροποποιήσεων. γ. Για τις Ο.Ε. ή Ε.Ε. : Καταστατικό εταιρείας μαζί με τροποποιήσεις, πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί των τροποποιήσεων και απόφαση με την οποία ορίζεται εκπρόσωπος για την υπογραφή της σύμβασης.
4	Φωτοαντίγραφο ΑΔΤ νομίμου εκπροσώπου.
5	Υπεύθυνη δήλωση ποινικού μητρώου του νόμιμου εκπροσώπου, στην οποία θα δηλώνει επίσης ότι θα ενημερώνει άμεσα το Ταμείο για οποιαδήποτε αλλαγή υπάρξει στο μέλλον σχετική με τα δικαιολογητικά που έχουν κατατεθεί (βεβαίωση καλής λειτουργίας, αλλαγές στη νομική μορφή της εταιρείας κ.α.) και θα καταθέτει οποιοδήποτε νέο δικαιολογητικό που θα απαιτείται από ενδεχόμενη μεταβολή του υφιστάμενου νομικού πλαισίου.
6	Βεβαίωση της τράπεζας που τηρεί λογαριασμό, στην οποία να αναφέρεται το IBAN και ο αριθμός του λογαριασμού.
*	Οι κλινικές που θα συμβληθούν θα έχουν την υποχρέωση (βάσει της με αριθμ. 2199/18.11.2010 απόφασης Δ.Σ. ΤΑΥΤΕΚΩ) να προσαρτούν στα τιμολόγια των υλικών που χρησιμοποιούν την αντίστοιχη σελίδα από το παρατηρητήριο τιμών , από την οποία θα προκύπτει το κόστος του χρησιμοποιηθέντος υλικού-υλικών την συγκεκριμένη ημερομηνία. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί σε κάθε υλικό του παρατηρητηρίου θα αναγράφεται τόσο στη βεβαίωση χρήσης των υλικών όσο και στο τιμολόγιο.

Οι αιτήσεις των **ενδιαφερομένων** (επισυνάπτονται 3 υποδείγματα αιτήσεων) θα παραλαμβάνονται στο χρονικό διάστημα από **Δευτέρα 07.02.2011** μέχρι **Παρασκευή 04.03.2011**, κάθε εργάσιμη ημέρα από 09.00 μέχρι 13.00, από τις κάτωθι υπηρεσιακές μονάδες :

1. ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

✓ Αιτήσεις Ιατρών		
Επώνυμο από Α μέχρι Κ	ΤΑΠ-ΟΤΕ	Απ. Παύλου 12 Μαρούσι
Επώνυμο από Λ μέχρι Π	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ	Λ. Ιωνίας 166, Αθήνα
Επώνυμο από Ρ μέχρι Ω	ΤΑΠΤΠΓΑΕ	Χαρ. Τρικούπη 6-10 Αθήνα
✓ Αιτήσεις Διαγνωστικών Κέντρων και Κλινικών		
Κεντρική Υπηρεσία ΤΑΥΤΕΚΩ Πατησίων 54 Αθήνα		

Οι ενδιαφερόμενοι που θα θελήσουν να λάβουν πληροφορίες ή να λύσουν απορίες τους τηλεφωνικά, πριν την κατάθεση των αιτήσεων τους, θα απευθύνονται, κάθε εργάσιμη ημέρα από 09:00 -13:00 στους υπαλλήλους :

Δούκα Αλεξάνδρα	210-8110817 & 210-8110615
Πάτσιου Κωνσταντίνα	210-2002803
Αποστολόπουλος Αναστάσιος	210-2002822
Αναστασιάδου Κλεονίκη	210-8808731 & 210-8808734

2. ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ

Στους υπόλοιπους νομούς της χώρας οι Περιφερειακές Υπηρεσίες του Ταμείου (ΤΑΠ-ΟΤΕ και ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ) θα παραλαμβάνουν τις αιτήσεις όλων των ενδιαφερομένων ιατρών, ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον επισυναπτόμενο στην πρόσκληση πίνακα (3 σελίδες), ο οποίος περιλαμβάνει (στην 2^η στήλη) όλες τις περιφερειακές υπηρεσίες ΤΑΠ-ΟΤΕ και ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ, σε αντιστοιχία με τους ιατρικούς συλλόγους (στην 1^η στήλη) που ανήκουν στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, ώστε να απευθύνονται στην αντίστοιχη Περιφερειακή Υπηρεσία.

Στις περιπτώσεις που οι ενδιαφερόμενοι έχουν την έδρα τους σε πόλη που δεν υπάρχει Περιφερειακή Υπηρεσία, θα καταθέτουν ή θα αποστέλλουν ταχυδρομικά (συστημένο) την αίτηση τους στην Περιφερειακή Υπηρεσία που υπάρχει στην πρωτεύουσα του νομού τους.

Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει Περιφερειακή Υπηρεσία σε κάποιο νομό (π.χ. στους νομούς Γρεβενών και Ευρυτανίας) οι ενδιαφερόμενοι θα συμβουλευόμαστε τους πίνακες, για την υπηρεσία που θα καταθέσουν ή θα αποστείλουν ταχυδρομικά τις αιτήσεις τους. Ταχυδρομικά (συστημένο) μπορούν να αποστέλλουν τις αιτήσεις, στην πρωτεύουσα του νομού τους, όσοι ενδιαφερόμενοι έχουν την έδρα τους σε νησιά ή σε πόλεις και η μετακίνηση τους στην Περιφερειακή Υπηρεσία της πρωτεύουσας του νομού είναι δυσχερής, φροντίζοντας να είναι πλήρη τα δικαιολογητικά τους.

Οι ενδιαφερόμενοι που θα θελήσουν να λάβουν πληροφορίες ή να λύσουν απορίες τους τηλεφωνικά, πριν την κατάθεση των αιτήσεων τους, θα απευθύνονται στις Περιφερειακές Υπηρεσίες, των οποίων οι ταχυδρομικές διευθύνσεις και τα τηλέφωνα αναγράφονται στους συνημμένους πίνακες.

Επίσης, η Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος θα αναρτηθεί στο site www.taapt.gr του Τομέα Ασθένειας Προσωπικού Τραπεζών Πίστεως, Γενικής και Αμερικαν Εξπρές (ΤΑΠΤΠΓΑΕ) του ΤΑΥΤΕΚΩ στην οποία θα υπάρχουν και υποδείγματα των αιτήσεων και τα σχέδια συμβάσεων καθώς και στο Πρόγραμμα Διαύγεια (diavgeia.gov.gr).

Συνημμένα : 3 υποδείγματα αιτήσεων
1 πίνακας

Αθήνα 18.01.2011

**Ο Πρόεδρος
του Δ.Σ. του Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.**

Χρήστος Μπουρσανίδης

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1 : ΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

Αρ. Πρωτ.	
Ημερομηνία	
Υπηρεσία παραλαβής	
(Ο πίνακας συμπληρώνεται από την υπηρεσία παραλαβής)	

ΠΡΟΣ :

ΤΑΥΤΕΚΩ

ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία ιατρού			Στοιχεία ιατρείου		
ΟΝΟΜΑ		*	ΟΔΟΣ		*
ΕΠΩΝΥΜΟ		*	ΑΡΙΘΜΟΣ		*
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ		*	Τ.Κ.		*
ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ		*	ΠΟΛΗ		*
ΑΜΚΑ		*	ΠΕΡΙΟΧΗ		*
ΑΦΜ		*	ΝΟΜΟΣ		*
ΔΟΥ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1		*
ΑΔΤ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2		
ΚΙΝΗΤΟ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 3		
email			<i>Προσοχή : Τα πεδία που έχουν αστεράκι είναι υποχρεωτικά.</i>		
ΤΡΑΠΕΖΑ		*	<i>Στο πεδίο περιοχή συμπληρώνεται ο Δήμος ή η συνοικία μόνο στις μεγάλες πόλεις (π.χ. Παγκράτι για την Αθήνα).</i>		
IBAN		*	<i>Στις μικρές πόλεις (π.χ. Σπάρτη) επαναλαμβάνεται το προηγούμενο πεδίο.</i>		
ΑΡ. ΤΡΑΠ. ΛΟΓ.		*			
Ειδικότητα Ιατρού :					

Παρακαλώ να δεχθείτε την παρούσα, με την οποία εκφράζω τη βούληση μου να συμβληθώ με το Ταμείο σας και την αποδοχή μου στα ισχύοντα κάθε φορά τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επίσης, δηλώνω ότι αποδέχομαι να εισπράττω την αμοιβή μου, από τους Τομείς Ασθένειας του Κλάδου Υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ, για τους ασφαλισμένους τους, σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης που θα υπογράψω.

Ο Αιτών

(υπογραφή και σφραγίδα)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ :	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :	
ΝΟΜΟΣ :	ΠΟΛΗ :
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
(Ο πίνακας των δικαιολογητικών συμπληρώνεται από τον αιτούντα)	

Έλεγχος υπαλλήλου : Αναγράφεται η φράση «ΠΛΗΡΗ ΔΙΚ/ΚΑ» ή αναγράφονται λεπτομερώς οι ελλείψεις.

(Το πεδίο αυτό συμπληρώνεται από την Υπηρεσία παραλαβής)

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή και σφραγίδα του υπαλλήλου που ήλεγξε την αίτηση και τα δικαιολογητικά)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2 : ΑΙΤΗΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Αρ. Πρωτ.	
Ημερομηνία	
Υπηρεσία παραλαβής	
(Ο πίνακας συμπληρώνεται από την υπηρεσία παραλαβής)	

ΠΡΟΣ :
ΤΑΥΤΕΚΩ
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία νομίμου εκπροσώπου			Στοιχεία Διαγνωστικού Κέντρου		
ΟΝΟΜΑ		*	Επωνυμία διαγνωστικού κέντρου * :		
ΕΠΩΝΥΜΟ		*			
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ		*	Νομική μορφή		*
ΟΔΟΣ		*	ΑΦΜ		*
ΑΡΙΘΜΟΣ		*	ΔΟΥ		*
Τ.Κ.		*	ΟΔΟΣ		*
ΠΟΛΗ		*	ΑΡΙΘΜΟΣ		*
ΝΟΜΟΣ		*	Τ.Κ.		*
ΑΜΚΑ			ΠΟΛΗ		*
ΑΦΜ		*	ΠΕΡΙΟΧΗ		*
ΔΟΥ		*	ΝΟΜΟΣ		*
ΑΔΤ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1		*
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2		
ΚΙΝΗΤΟ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 3		
Προσοχή : Τα πεδία που έχουν αστεράκι είναι υποχρεωτικά. Στο πεδίο περιοχή συμπληρώνεται ο Δήμος ή η συνοικία μόνο στις μεγάλες πόλεις (π.χ. Παγκράτι για την Αθήνα). Στις μικρές πόλεις (π.χ. Σπάρτη) επαναλαμβάνεται το προηγούμενο πεδίο.			e-mail		
			ΤΡΑΠΕΖΑ		*
			IBAN		*
			ΑΡ.ΤΡΑΠ.ΛΟΓΑΡ.		*

Παρακαλώ να δεχθείτε την παρούσα, με την οποία εκφράζω, ως νόμιμος εκπρόσωπος του διαγνωστικού κέντρου τη βούληση του να συμβληθεί με το Ταμείο σας και την αποδοχή του στα ισχύοντα κάθε φορά τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης, δηλώνω ότι το διαγνωστικό κέντρο αποδέχεται να εισπράττει την αμοιβή του, από τους Τομείς Ασθένειας του Κλάδου Υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ, για τους ασφαλισμένους τους, σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης που θα υπογράψει.

Ο Αιτών

(υπογραφή νομίμου εκπροσώπου και σφραγίδα του κέντρου)

Σελίδα 1 από 2

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ :	
ΝΟΜΟΣ :	ΠΟΛΗ :
1.	
2.	
3.1	
3.2	
3.3	
3.4	
3.5	
3.6	
3.7	
4.	
5.	
6.	
7.	
(Ο πίνακας των δικαιολογητικών συμπληρώνεται από τον αιτούντα)	

Έλεγχος υπαλλήλου : Αναγράφεται η φράση «ΠΛΗΡΗ ΔΙΚ/ΚΑ» ή αναγράφονται λεπτομερώς οι ελλείψεις.

(Το πεδίο αυτό συμπληρώνεται από την Υπηρεσία παραλαβής)

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή και σφραγίδα του υπαλλήλου που ήλεγξε την αίτηση και τα δικαιολογητικά)

Σελίδα 2 από 2

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3 : ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Αρ. Πρωτ.	
Ημερομηνία	
Υπηρεσία παραλαβής	
(Ο πίνακας συμπληρώνεται από την υπηρεσία παραλαβής)	

ΠΡΟΣ :
ΤΑΥΤΕΚΩ
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία νομίμου εκπροσώπου			Στοιχεία Κλινικής		
ΟΝΟΜΑ		*	Επωνυμία κλινικής * :		
ΕΠΩΝΥΜΟ		*			
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ		*	Νομική μορφή		*
ΟΔΟΣ		*	ΑΦΜ		*
ΑΡΙΘΜΟΣ		*	ΔΟΥ		*
Τ.Κ.		*	ΟΔΟΣ		*
ΠΟΛΗ		*	ΑΡΙΘΜΟΣ		*
ΝΟΜΟΣ		*	Τ.Κ.		*
ΑΜΚΑ			ΠΟΛΗ		*
ΑΦΜ		*	ΠΕΡΙΟΧΗ		*
ΔΟΥ		*	ΝΟΜΟΣ		*
ΑΔΤ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1		*
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		*	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2		
ΚΙΝΗΤΟ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 3		
Προσοχή : Τα πεδία που έχουν αστεράκι είναι υποχρεωτικά. Στο πεδίο περιοχή συμπληρώνεται ο Δήμος ή η συνοικία μόνο στις μεγάλες πόλεις (π.χ. Παγκράτι για την Αθήνα). Στις μικρές πόλεις (π.χ. Σπάρτη) επαναλαμβάνεται το προηγούμενο πεδίο.			e-mail		
			ΤΡΑΠΕΖΑ		*
			IBAN		*
			ΑΡ.ΤΡΑΠ.ΛΟΓΑΡ.		*

Παρακαλώ να δεχθείτε την παρούσα, με την οποία εκφράζω, ως νόμιμος εκπρόσωπος της Κλινικής τη βούληση της να συμβληθεί με το Ταμείο σας και την αποδοχή της στα ισχύοντα κάθε φορά τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
Επίσης, δηλώνω ότι η Κλινική αποδέχεται να εισπράττει τα νοσήλια, από τους Τομείς Ασθένειας του Κλάδου Υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ, για τους ασφαλισμένους τους, σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης που θα υπογράψει.

Ο Αιτών

(υπογραφή νομίμου εκπροσώπου και σφραγίδα της κλινικής)

Σελίδα 1 από 2

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ :	
ΝΟΜΟΣ :	ΠΟΛΗ :
1.	
2.1	
2.2	
2.3	
2.4	
2.5	
2.6	
2.7	
3.	
4.	
5.	
6.	
(Ο πίνακας των δικαιολογητικών συμπληρώνεται από τον αιτούντα)	

Έλεγχος υπαλλήλου : Αναγράφεται η φράση «ΠΛΗΡΗ ΔΙΚ/ΚΑ» ή αναγράφονται λεπτομερώς οι ελλείψεις.

(Το πεδίο αυτό συμπληρώνεται από την Υπηρεσία παραλαβής)

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή και σφραγίδα του υπαλλήλου που ήλεγξε την αίτηση και τα δικαιολογητικά)

Σελίδα 2 από 2

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΑΥΤΕΚΩ ΠΟΥ ΘΑ ΠΑΡΑΛΑΒΟΥΝ ΑΙΤΗΣΕΙΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Τ.Κ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ
ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΔΗΜ. ΜΠΑΪΜΠΑ 32	30 100	26410-39821
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΚΑΨΑΛΗ 14	30 100	26410-39498
ΑΙΓΙΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΑΙΓΙΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΟΥ 113	25 100	26910-68321
ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΠΥΡΓΟΥ	ΑΡΧΙΜΗΔΟΥΣ & ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	27 100	26210-81147
ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΝΑΥΠΛΙΟΥ	ΜΠΟΥΜΠΟΥΛΙΝΑΣ 26	21 100	27520-97558
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ & ΛΥΚΟΥΡΓΟΥ	22 100	2710-237613
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	ΠΟΛΥΒΙΟΥ 11	22 200	27910-22259
ΑΡΤΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΑΡΤΑΣ	ΓΩΓΟΥ ΜΠΑΚΟΛΑ 27	47 100	26810-21448
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΟΖΑΝΗΣ (και ταχυδρομικά)	ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ 1	50 100	24610-22419
ΔΡΑΜΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΔΡΑΜΑΣ	1ης ΙΟΥΛΙΟΥ 30	66 100	25210-57795
ΕΒΡΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 24	68 100	25510-88703
ΕΥΒΟΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	ΤΑΜΥΝΕΩΝ 5-7	34 500	22230-22228
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΧΑΛΚΙΔΑΣ	ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 46	34 100	22210-22913
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΛΑΜΙΑΣ (και ταχυδρομικά)	ΥΨΗΛΑΝΤΗ 12	35 100	22310-52152
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΠΑΤΡΩΝ (και ταχυδρομικά)	ΚΟΡΑΗ & ΑΓ. ΑΝΔΡΕΟΥ	26 335	2610-322599
ΗΜΑΘΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΒΕΡΟΙΑΣ	ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 87	59 100	23310-62037
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΘΕΟΤΟΚΟΠΟΥΛΟΥ 28	71 202	2810-247070
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΑΤΡΑ (και ταχυδρομικά)	ΠΑΤΡΩΝ-ΚΛΑΟΥΣ & ΦΛΕΜΙΓΚ	26 222	2610-339330
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. Δ/ΝΣΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	ΤΑΝΤΑΛΟΥ 32	54 629	2310-567000
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ & ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΕΘΝ. ΑΜΥΝΑΣ 9 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	54 621	2310-232060
ΘΗΒΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΕΝΤΡ. ΕΛΛΑΔΑΣ (και ταχυδρομικά)	ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ 12 ΛΑΜΙΑ	35 100	22310-25504
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΠΥΡΣΙΝΕΛΛΑ 8 & ΖΥΓΟΜΑΛΗ 5	45 332	26510-33199
ΚΑΒΑΛΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 13 & παρ. Π. ΜΕΛΑ	65 302	2510-224399
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΑΒΑΛΑΣ	ΤΕΝΕΔΟΥ 38	65 404	2510-600175
ΚΑΛΥΜΝΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΑΛΥΜΝΟΥ	ΓΕΦΥΡΙ ΚΑΛΥΜΝΟΥ	85 200	22430-59251
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	Ρ. ΦΕΡΑΙΟΥ & ΓΡ. ΛΑΜΠΡΑΚΗ 22	43 100	24410-80038
Πίνακας Περιφερειακών Υπηρεσιών ΤΑΥΤΕΚΩ σελίδα 1 από 3				

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Τ.Κ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΑΘ. ΔΙΑΚΟΥ 52	52 100	24670-83632
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΑΛΕΠΟΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	49 100	26610-80943
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ	ΑΝΤ. ΤΡΙΤΣΗ 70	28 100	26710-29288
ΚΙΛΚΙΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ & ΑΝ. ΜΑΚΕΔ. & ΘΡΑΚΗΣ (και ταχυδρομικά)	ΕΘΝ. ΑΜΥΝΑΣ 9 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	54 621	2310-232060
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ & ΔΕΡΒΕΝΑΚΙΩΝ 2	20 100	27410-73568
ΚΟΖΑΝΗΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΟΖΑΝΗΣ	ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ 1	50 100	24610-33358
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ	25 ^{ης} ΜΑΡΤΙΟΥ & ΓΟΝΑΤΑ	50 200	24630-28617
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΣΥΡΟΥ	ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΟΥ 5 & ΑΠΟΛΛΩΝΟΣ	84 100	22810-86808
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΠΑΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΠΑΡΟΙΚΙΑ	84 400	22840-28138
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΝΑΞΟΥ	ΧΩΡΑ ΝΑΞΟΥ-ΑΠΛΩΜΑΤΑ	84 300	22850-29244
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΑΝΔΡΟΥ	ΒΑΚΟΝΙ & ΜΕΝΗΤΩΝ ΜΕΣΣΑΡΙΑ	84 500	22820-29020
ΚΩ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΩ	Γ. ΑΒΕΡΩΦ 1	85 300	22420-49993
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ 139 & ΑΓΙΔΟΣ	23 100	27310-89032
ΛΑΡΙΣΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ 9-17 είσοδος β	41 221	2410-539634
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΛΑΡΙΣΑΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ 77	41 110	2410-670716
ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (και ταχυδρομικά)	ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ 12 ΛΑΜΙΑ	35 100	22310-25504
ΛΕΣΒΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	ΒΟΥΡΝΑΖΩΝ 8	81 100	22510-27599
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΛΕΣΒΟΥ	ΚΑΒΕΤΣΟΥ 40	81 100	22510-37483
ΛΕΥΚΑΔΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΠΑΤΡΩΝ (και ταχυδρομικά)	ΚΟΡΑΗ & ΑΓ. ΑΝΔΡΕΟΥ	26 335	2610-322599
ΛΗΜΝΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΛΗΜΝΟΥ	Λ. ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 23 ΜΥΡΙΝΑ	81 400	22540-25328
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΒΟΛΟΥ	ΤΖΑΒΕΛΛΑ 5 & ΛΑΡΙΣΗΣ	38 334	24210-81700
ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ (και ταχυδρομικά)	ΔΗΜΑΡΧΟΥ ΜΠΑΪΜΠΙΑ 32	30 100	26410-39821
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΑΡΙΣΤΕΙΔΟΥ & ΣΠΕΤΣΩΝ 29	24 100	27210-62331
ΞΑΝΘΗΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΞΑΝΘΗΣ	ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ & ΥΔΡΑΣ	67 100	25410-83871
ΠΑΤΡΩΝ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΠΑΤΡΩΝ	ΚΟΡΑΗ & ΑΓ. ΑΝΔΡΕΟΥ	26 335	2610-322599
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΑΤΡΑ	ΠΑΤΡΩΝ-ΚΛΑΟΥΣ & ΦΛΕΜΙΓΚ	26 222	2610-339330
ΠΕΛΛΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΕΔΕΣΣΑΣ	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 93	58 200	23810-51322

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Τ.Κ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ
ΠΙΕΡΙΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΚΕΝΤΡ & ΑΝ. ΜΑΚ. & ΘΡΑΚΗΣ (και ταχυδρομικά)	ΕΘΝ. ΑΜΥΝΑΣ 9 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	54 621	2310-232060
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΠΕΚΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΠΑΤΡΑ (και ταχυδρομικά)	ΠΑΤΡΩΝ-ΚΛΑΟΥΣ & ΦΛΕΜΙΓΚ	26 222	2610-339330
ΠΥΡΓΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΠΥΡΓΟΥ	ΑΡΧΙΜΗΔΟΥΣ & ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	27 100	26210-81147
ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Κ. ΠΑΠΑΔΑΚΗ 17	74 100	28310-35418
ΡΟΔΟΠΗΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	ΜΙΛΤΙΑΔΟΥ 4	69 100	25310-84370
ΡΟΔΟΥ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΡΟΔΟΥ	ΑΜΕΡΙΚΗΣ 91	85 100	22410-59533
"	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΡΟΔΟΥ	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ 108	85 100	22410-27603
ΣΑΜΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΣΑΜΟΥ	ΓΥΜΝ/ΧΟΥ ΚΑΤΕΒΑΙΝΗ 41 ΒΑΘΥ	83 100	22730-87476
ΣΕΡΡΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΣΕΡΡΩΝ	ΠΡΟΥΣΑΣ & ΦΙΛΙΠΠΟΥ	62 124	23210-55836
ΣΗΤΕΙΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (και ταχυδρομικά)	ΘΕΟΤΟΚΟΠΟΥΛΟΥ 28	71 202	2810-247070
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΖΟΥΜΑΓΙΑΣ & ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ	42 100	24310-28587
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	ΤΑΠ-ΟΤΕ ΠΕΡΙΦ. ΤΜΗΜΑ ΛΑΜΙΑΣ	ΥΨΗΛΑΝΤΗ 12	35 100	22310-52152
ΦΛΩΡΙΝΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΦΛΩΡΙΝΑΣ	ΣΤ. ΔΡΑΓΟΥΜΗ	53 100	23850-46778
ΦΩΚΙΔΑΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΑΜΦΙΣΣΑΣ	ΚΟΡΔΩΝΗ 15	33 100	22650-79014
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ 5	63 100	23710-21715
ΧΑΝΙΩΝ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ-ΧΑΝΙΩΝ	ΥΨΗΛΑΝΤΩΝ 3	73 100	28210-94540
ΧΙΟΥ	ΤΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ ΓΑΠ ΧΙΟΥ	ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 43	82 100	22710-81647
Πίνακας Περιφερειακών Υπηρεσιών ΤΑΥΤΕΚΩ σελίδα 3 από 3				