



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Θέμα : Κάλυψη Μελών του Σχεδίου και Εξαρτωμένων τους, σε περίπτωση άδειας απουσίας χωρίς απολαβές από το Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αναφορικά με το πιο θέμα, επιθυμούμε να σας πληροφορήσουμε ότι σε περίπτωση που σε Μέλος του Ιδιωτικού Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης παραχωρείται άδεια άνευ απολαβών, θα πρέπει να αποφασίσει εάν θα παραμείνει ή να διαγραφεί από το Ιδιωτικό Σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης συμπληρώνοντας το παρόν έντυπο.

Σύμφωνα απόφαση της Διαχειριστικής Επιτροπής στην περίπτωση που το μέλος μας επιθυμεί να παραμείνει στο Ιδιωτικό Σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης θα πρέπει να καταβάλλει στο Ταμείο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης, 5,5 επί της τελευταίας μηνιαίας εισφοράς του για κάθε μήνα παραμονής του στο Σχέδιο.

ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο/η Τίτλος :
Αρ. ταυτότητας:..... επιθυμώ να **παραμείνω*** / **διαγραφώ** από το Σχέδιο Ιδιωτικής Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης κατά την περίοδο που θα βρίσκομαι με άδεια άνευ απολαβών από/...../..... μέχρι/...../..... .

***Σε περίπτωση που επιλέξετε να παραμείνετε στο Σχέδιο θα καταβάλλετε στο Ταμείο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης, 5,5 επί της τελευταίας μηνιαίας εισφοράς σας.**

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία: