

Προς: Συνεταιρισμό Εργαστηριακών Ιατρών MEDISYN

### ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος .....

Ιατρός Βιοπαθολόγος, με διεύθυνση ιατρείου.....

Πόλη/Νομός..... Τηλ.....

εξουσιοδοτώ τον Συνεταιρισμό Εργαστηριακών Ιατρών MEDISYN, του οποίου είμαι Μέλος, να κοινοποιήσει εξώδικο διαμαρτυρία προς τον ΕΟΠΥΥ και το Ελληνικό Δημόσιο, για τα οφειλόμενα προς εμένα ποσά, που ανέρχονται στα..... € και αφορούν στο χρονικό διάστημα από ..... έως .....

Ημερομηνία:

Ο Ιατρός

(σφραγίδα- Υπογραφή)