ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
REPUBLIC OF CYPRUS

No.

ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΑΕΠ)

Ασθενής/Patient	Νοσοκομείο/Hospital:
Αρ. Φακ./File No.:	Διεύθυνση/Address:
Α.Δ.Τ./ID No./Δελ. Εγγρ. Αλλ./ARC No./Αρ.Διαβ./	
Passport. No.:	
Χρεώστης/Debtor:	
Α.Δ.Τ./ID No./Δελ. Εγγρ. Αλλ./ARC No./Αρ.Διαβ./	Τηλ./Tel:
Passport. No.:	
Διεύθυνση/Address:	Αρ. Τιμολογίου/Invoice No.:
	Ημερ. Τιμ./Inv. Date:
	Αρ. Επεισοδίου/Episode No.:
Τηλ. /Tel:	Ημερ. Επεισοδίου/Episode Date:
Όνομα Ιατρ. Λειτ./Doctor's Name:	

Ημερομηνία/Date	Κωδικός/Code	Περιγραφή/Description	Σύνολο/Total (€)
		Σύνολο/Total	

Το τιμολόγιο είναι πληρωρέο εντός 30 ημερών από την ημερομηνία έκδοσης.
This invoice is due for payment within 30 days of its issue date.

Αρ. ΦΠΑ/VAT.Reg. No: 90001564U

.....
για Διευθυντή/for Director of the Hospital

Συμφωνώ να πληρώσω το ποσό αυτό εντός 30 ημερών από την ημερομηνία έκδοσης.
I agree to pay this amount within 30 days of its issue date.

Ημερ./Date ..... Όνομα/Name: ..... Υπογραφή/Signature: .....

(Εντυπο Γ.Λ. 29)

ΔΕΙΓΜΑ