



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

### Α. ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις , με το ΦΕΚ αριθμ.  τχ. ΝΠΔΔ, σε κενή οργανική θέση του κλάδου  με βαθμό  και

Ο/Η Προϊστάμενος/η  
Τμήματος Προσωπικού

### Β. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Γραφείο Μισθοδοσίας, οι μηνιαίες αποδοχές του/της υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπαλλήλου είναι:

ΑΠΟΔΟΧΕΣ	
Βασικός μισθός	
Χρονοεπίδομα	
Εξομάλυνσης	
Συζύγου	
Τέκνων	
Τροφής	
Απόδοσης	
Νοσοκομειακό	
ΣΥΝΟΛΟ:	

ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ	
ΜΤΠΥ	
ΤΠΔΥ	
ΤΕΑΔΥ	
Υγειονομική Περιθαλψη	
Δημοσίου	
Φόρος	
Σύλλογος	
ΜΤΠΥ Εγγραφής	
ΤΕΑΔΥ Εγγραφής	
Δάνειο	
ΣΥΝΟΛΟ	

Η Βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτηση του/της

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)

Εάν απαιτείται μόνο η συμπλήρωση του ενός τμήματος της βεβαίωσης (Α ή Β), τότε το άλλο τμήμα διαγράφεται.