



Ελληνική Εταιρεία για την Ινώδη Κυστική νόσο

Πανελλήνιος Σύλλογος Κυστικής Ίνωσης
Καπνικαρέας 19Α, Αθήνα, Τ.Κ. 10556, info@cysticfibrosis.gr
Τηλ.: 6944255853
www.cysticfibrosis.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗ

Όνομα _____
Επώνυμο _____
Διεύθυνση _____
Τηλ. οικείας _____
Τηλ. κινητό _____
e-mail _____

Είμαι (επιλέξτε ένα από τα παρακάτω):

Ασθενής με Κυστική Ίνωση

Έτος γεννήσεως _____

Νοσοκομείο παρακολούθησης _____

Γονέας ανήλικου ασθενή με Κυστική Ίνωση

Όνοματεπώνυμο ασθενή _____

Ημερομηνία γεννήσεως ασθενή _____

Νοσοκομείο παρακολούθησης ασθενή _____

Επιθυμώ να συμμετέχω στη διαδικασία δωρεάν διάθεσης νεφελοποιητή eflow rapid του Πανελληνίου Συλλόγου Κυστικής Ίνωσης (ΕΕΙΚ) με σκοπό την χρήση του νεφελοποιητή για την εισπνοή των απαραίτητων καθημερινών εισπνεόμενων φαρμάκων από τον ασθενή _____ (όνομα ασθενή) και επισυνάπτω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

____/____/20____

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)