

Προς COSMOCLINIC

Αιτωλικού 55-57, 18545 Πειραιάς,

Τηλ.: 210 4611204-6 – Fax: 210 4611256, email: info@cosmoclinic.gr

Ώρες λειτουργίας: 08.00 – 13.00 (εκτός Σαββάτου, Κυριακής και επίσημων αργιών)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Παρακαλούμε όπως εξεταστεί ο παρακάτω ναυτικός για:

- ΝΑΥΤΟΛΟΓΗΣΗ
- ΕΚΔΟΣΗ ΚΑΡΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ /ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
- ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΑΤΥΧΗΜΑ

Στοιχεία ναυτικού:

.....
(όνομα)

.....
(επώνυμο)

.....
(αριθμός φυλλαδίου)

.....
(ειδικότητα)

Ο ανωτέρω ναυτικός, είναι μέλος πληρώματος του πλοίου:
και ναυτολογήθηκε την/...../202....., απολύθηκε την/...../202.....

Διαχειρίστρια Εταιρία του πλοίου:.....

Η ανωτέρω Διαχειρίστρια Εταιρία διατηρεί ενεργό Ασφαλιστήριο συμβόλαιο στον Κλ. Πληρωμάτων πλοίων της «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΕ» για το ανωτέρω πλοίο.

Τόπος Ημερομηνία/...../202.....

Η Διαχειρίστρια Εταιρία του πλοίου

.....
(ονοματεπώνυμο / υπογραφή – σφραγίδα)