

**ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΚΘΕΣΕΩΝ**

Α/Α	Όνομα ασθενούς	Αρ. φακέλου ασθενούς	Διεύθυνση ασθενούς	Εξέταστρα		Εξέταστρα συμβούλων		Αριθμός επισκέψεων	Οδοιπορικά	Για χρήση Λογιστικού Λειτουργού			
				€	¢	€	¢			Ολικό Ποσό		Αριθμός απόδειξης	Ημερομηνία πληρωμής
										€	¢		