

**ΕΝΤΥΠΟ LADYPLAN - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ**  
**LADYPLAN FORM - DIAGNOSTIC TESTS / VACCINATION**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Full Name of Insured	Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number
Αριθμός Ταυτότητας / Identity Card Number	Ημερομηνία Γεννήσεως / Date of Birth
Υπογραφή / Signature	
Ημερομηνία / Date	
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR	
Σημειώστε ✓ όπου ισχύει / Mark ✓ as appropriate	
<input type="checkbox"/> Μαστογραφία / Mammography	Ημερομηνία / Date: ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Τεστ Παπανικολάου / Pap Test	Ημερομηνία / Date: ...../...../.....
<input type="checkbox"/> HPV DNA	Ημερομηνία / Date: ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Εμβόλιο HPV / HPV Vaccine	Ημερομηνία / Date: ...../...../.....
Όνοματεπώνυμο Ιατρού / Full Name of Doctor	
Υπογραφή / Signature	
Ημερομηνία / Date	