………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................

…../……/20…….

(\*) διαγράφεται ότι δεν ισχύει O Ιατρός

(\*\*) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε (υπογραφή –σφραγίδα)

 την παραπομπή για ιατρική εξέταση

(\*\*\*) Συμπληρώνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εξέταση πλήν του οφθαλμιάτρου