

Στοιχεία Μέλους

| | | | | | |
|---------|--|---------|----|------------------|--|
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Ημ. Γεν | | Α.Δ.Τ. | | Α.Μ. | |
| ΠΟΛΗ | | Οδός/Αρ | ΤΚ | | |
| ΤΗΛ | | κινητο | | τηλ. Γραφείου | |
| email | | | | | |

Στοιχεία Εξαρτωμένων Μελών (Σύζυγος, Τέκνα, Γονείς)

| | | | | | |
|---------|--|----------|--|-------|-----------------|
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΣΥΖΥΓΟΣ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΠΑΙΔΙ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΠΑΙΔΙ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΠΑΙΔΙ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΠΑΤΕΡΑΣ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΜΗΤΕΡΑ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ |
| Επώνυμο | | Όνομα | | Πατρ. | |
| Α.Δ.Τ. | | ημ. Γεν. | | σχέση | ΜΗΤΕΡΑ ΣΥΖΥΓΟΥ |

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: η αίτηση πρέπει να σταλεί στα γραφεία του Συλλόγου:

είτε με mail: sylogos@sett.gr

είτε με fax: 211 40 300 20

είτε με αλληλογραφία στη Διεύθυνση:

Παναγή Τσαλδάρη 9-11 (Πειραιώς) 1ος όροφος Αθήνα ΤΚ 10552. Τηλ. 211 411 4005

ΠΡΟΣΟΧΗ: Τα στοιχεία σας καθώς και των μελών της οικογένειάς σας θα διαβιβαστούν στην εταιρεία **Newhealthsystem** η οποία θα τα χρησιμοποιήσει για την καταχώρηση, την πιστοποίηση της εγγραφής σας καθώς και την εξυπηρέτησή σας όσον αφορά τις παροχές του προγράμματος.

| | | |
|------------------|-------------|-------------|
| Υπογραφή Μέλους: | Ημερομηνία: | Ο Σύλλογος: |
| | | |