

ΑΙΤΗΣΗ

Εγγραφής στον Τ.Υ.Δ.Ε.

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΜΚΑ

ΑΦΜ /ΔΟΥ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΑΜ ΤΥΔΕ

ΟΔΟΣ **ΑΡ.**

ΤΚ **ΠΟΛΗ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΚΙΝΗΤΟ

FAX

E-MAIL

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΡΟΣ

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως μέλους του
Τ.Υ.Δ.Ε. όπως επίσης και των μελών της
οικογένειας μου

α) την/τον σύζυγο μου

β) το/τα παιδιά μου

και την χορήγηση ατομικού/ατομικών
βιβλιαρίου/βιβλιαρίων υγείας.

Τέλος υποβάλλω τα σχετικά με την εγγραφή
παραστατικά στοιχεία που ορίζονται από τον
Κανονισμό Ασθενείας του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ