

**Αίτηση ένταξης μέλους του Συλλόγου στην επιπρόσθετη παροχή νοσηλείας**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Στοιχεία εργαζομένου** |  |  |
| Επώνυμο: |   |   |
| Όνομα: |   |   |
| Όνομα πατρός: |   |   |
| Ημερομηνία γέννησης: |   |   |
| Διεύθυνση κατοικίας: |   |   |
| Αριθμός: |   |   |
| Περιοχή: |   |   |
| Πόλη: |   |   |
| Τ.Κ.: |   |   |
| Νομός: |   |   |
| Τηλέφωνο κινητό: |   |   |
| email: |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Στοιχεία εξαρτώμενων μελών**  |  |  |
| (επαναλαμβάνετε συμπληρώνοντας τα παρακάτω, για κάθε μέλος της οικογένειάς σας (σύζυγο, τέκνα, γονείς, γονείς συζύγου) |
|  | **Μέλος 1** | **Μέλος 2** |
| Επώνυμο:  |   |   |
| Όνομα: |   |   |
| Όνομα πατρός: |   |   |
| Ημερομηνία γέννησης: |   |   |
| Σχέση με τον εργαζόμενο: |   |   |
|  | **Μέλος 3** | **Μέλος 4** |
| Επώνυμο:  |   |   |
| Όνομα: |   |   |
| Όνομα πατρός: |   |   |
| Ημερομηνία γέννησης: |   |   |
| Σχέση με τον εργαζόμενο: |   |   |

**Σημειώσεις:**

Εάν τα μέλη που θέλετε να εντάξετε είναι περισσότερα, εκτυπώσετε, συμπληρώσετε και επισυνάψετε τη σελίδα με τα στοιχεία εξαρτωμένων μελών, όσες φορές χρειαστεί.

Τα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να αποσταλούν στα mail των συναδέλφων Νάνσυ Τζίφα TzifaN@Piraeusbank.gr, ή Κώστα Ψιλιώτη PsiliotisK@piraeusbank.gr .

Η αίτηση θα πρέπει να αποσταλεί υπογεγραμμένη, με εσωτερική αλληλογραφία στο Σύλλογο, στη διεύθυνση Καραγιώργη Σερβίας 2, Σύνταγμα, 10562, Αθήνα.

Τα μέλη του Συλλόγου δεν απαιτείται να συμπληρώσουν την αίτηση εγγραφής στο Σύλλογο.

Ημερομηνία Υπογραφή