

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ "ΕΛ.Π.Ι.Δ.Α."**

**Α. ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ**

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	ΤΚ	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
Α.Δ. Ταυτότητας	ΑΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
ΑΜΚΑ	Σταθερό	Κινητό	E-mail	

**Β. ΣΥΖΥΓΟΣ - ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ**

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	ΤΚ	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
Α.Δ. Ταυτότητας	ΑΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
ΑΜΚΑ	Σταθερό	Κινητό	E-mail	

**Γ. ΤΕΚΝΑ – ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**

	Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Φύλο	ΑΜΚΑ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**Υπογραφή**

**Κατάθεση του αντίστοιχου ποσού στο λογαριασμό AlphaBank του συνεταιρισμού.**

**Αρ. Λογαριασμού: 101 00 2002 309117**

**IBAN: GR 66 0140 1010 1010 0200 2309 117**

**Αιτιολογία: ID3 και Ονοματεπώνυμο**