



New Health System
ποιότητα στην υγεία

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ New Health System "N.H.S.,

A. Στοιχεία Συμβαλλομένου

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	TK	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A.Δ. Ταυτότητας	AΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Τηλέφωνο κινητό	Τηλέφωνο σταθερό	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

B. Στοιχεία Δικαιούχου κάλυψης

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	TK	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A.Δ. Ταυτότητας	AΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Τηλέφωνο κινητό	Τηλέφωνο σταθερό	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Γ. Στοιχεία Εξαρτημένων μελών

	Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Φύλο	Σχέση
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Παρακαλώ να εκδώσετε στο όνομά μου συμβόλαιο και κάρτα μέλους για το πρόγραμμα υγείας της εταιρίας σας **New Health System "N.H.S.,**. Δέχομαι να πληρώσω την παρακάτω αναφερόμενη συνδρομή για την συμμετοχή μου στο πρόγραμμα υγείας της **New Health System "N.H.S.,** με την διαδικασία:

Προκαταβολή **20 €** Είκοσι Ευρώ
στον συνεργάτη της εταιρίας σας

και το υπόλοιπο ποσόν της συνδρομής με αντικαταβολή κατά την παραλαβή του συμβολαίου και της αντίστοιχης κάρτας μέλους.

Βεβαίωση Ένταξης στο Πρόγραμμα Υγείας NHS

Σήμερα στις κατέβαλε ο/η

το ποσό των **20 €** Είκοσι Ευρώ ως προκαταβολή, για την ένταξη στο πρόγραμμα υγείας της **New Health System "N.H.S.,**

Το υπόλοιπο ποσόν των € θα εξοφληθεί με αντικαταβολή κατά την παράδοση του συμβολαίου και της αντίστοιχης κάρτας μέλους.

Ο Συνεργάτης

Υπογραφή