

ΣΥ.Σ.Π.Α - Ο.Τ.Ε.
ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ
ΠΡΟΣΘΕΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ο.Τ.Ε.
Αναγνωρισμένο Σωματείο 26662
ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 34 • Τ.Κ. 10432
Τηλ.: 2105241410 - 420 - 430
Site: www.syspa - ote.gr
e-mail: syspa34@otenet.gr
e-mail: syspa341@gmail.com

Προς: ΣΥΝΔΕΣΜΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΠΡΟΣΘΕΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ο.Τ.Ε.
ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΠΑ - Ο.Τ.Ε.

Επίθετο:					
Όνομα:					
Επώνυμο και όνομα πατέρα:					
Επώνυμο και όνομα μητέρας:					
Α.Δ.Τ.:		Ημ/νία έκδοσης:		Εκδούσα Αρχή:	
Α.Φ.Μ.:				Δ.Ο.Υ.:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΟ*	ΤΡΑΠΕΖΑ:				
ΓΑΡΙΑΣΜΟΥ :	IBAN:				
Ημερομηνία γέννησης:				ΑΜΚΑ:	
Τόπος κατοικίας:				Νομός:	
Οδός και αριθμός κατοικίας:				Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο σταθερό:			Τηλέφωνο κινητό:		
email:					
Οικογενειακή κατάσταση:					
Επώνυμο και όνομα συζύγου:					
Στοιχεία τέκνων (μόνο αν πρόκειται να ασφαλιστούν και αυτά)					
	Επώνυμο και όνομα			Ημερομηνία γέννησης	
1.					
2.					
3.					
4.					

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή μου ως μέλους του συνδέσμου. Έχω λαβει γνώση των σκοπών του καταστατικού και το αποδέχομαι. Δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου, ότι τα ποιο πάνω στοιχεία είναι αληθή (άρθρο 8 του Ν.1599/1986) και οποιαδήποτε μεταβολή τους θα τη γνωστοποιώ άμεσα στον ΣΥΣΠΑ - ΟΤΕ. Αποδέχομαι την ένταξή μου στο συγκεκριμένο πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης και θα τηρώ τους όρους και τις δεσμεύσεις του προγράμματος καταβάλλοντας το ποσό των 10 ευρώ ως δικαίωμα εγγραφής νέου μέλλους στον ΣΥΣΠΑ - ΟΤΕ και ανελλιπώς την τριμηνιαία συνδρομή προς τον ΣΥΣΠΑ - ΟΤΕ και τα τριμηνιαία μεικτά ασφάλιστρα, όπως αυτά ισχύουν κάθε φορά. (Λογ. ΕΘΝ. ΤΡΑΠΕΖΑΣ: με IBAN: GR4401101080000010829609907)

Ημ/νία ____ / ____ / 202....

Ο/Η Δηλών/ουσα

(Υπογραφή)