

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

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

ΑΜ ΤΥΔΕ

ΑΜ ΤΑΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΜΚΑ

ΑΦΜ /ΔΟΥ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΟΔΟΣ **ΑΡ.**

ΤΚ **ΠΟΛΗ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΚΙΝΗΤΟ

FAX

EMAIL

Σας γνωρίζω ότι παραιτήθηκα από την Υπηρεσία από και συνταξιοδοτήθηκα από τον Ε.Τ.Α.Α.- Τομέα Νομικών από και υποβάλλω τα σχετικά παραστατικά στοιχεία που απαιτούνται, προκειμένου να συνεχιστεί η ασφάλισή μου στον Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε. και με την ιδιότητα του συνταξιούχου.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....