

**ΑΙΤΗΣΗ**

Εγγραφής στον Τ.Υ.Δ.Ε.

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ** .....

**ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** .....

**ΑΜΚΑ** .....

**ΑΦΜ /ΔΟΥ** .....

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ** .....

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ** .....

**ΑΜ ΤΥΔΕ** .....

**ΟΔΟΣ** ..... **ΑΡ.** .....

**ΤΚ** ..... **ΠΟΛΗ** .....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** .....

**ΚΙΝΗΤΟ** .....

**FAX** .....

**E-MAIL** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**.....

**ΠΡΟΣ**

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

Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως μέλους του Τ.Υ.Δ.Ε. όπως επίσης και των μελών της οικογένειας μου α) την/τον σύζυγο μου ..... β) το/τα ..... παιδιά μου ..... και την χορήγηση ..... ατομικού/ατομικών βιβλιαρίου/βιβλιαρίων υγείας.

Τέλος υποβάλλω τα σχετικά με την εγγραφή παραστατικά στοιχεία που ορίζονται από τον Κανονισμό Ασθενείας του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε

**Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ**