

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΜ ΤΥΔΕ
ΑΜ ΤΑΝ
ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΑΜΚΑ
ΑΦΜ /ΔΟΥ
ΙΔΙΟΤΗΤΑ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΑΜ ΤΥΔΕ
ΟΔΟΣ **ΑΡ.**
ΤΚ **ΠΟΛΗ**
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΚΙΝΗΤΟ
FAX
EMAIL

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΡΟΣ

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

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