



## ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ALPHA BANK

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**A.M. CERAL** .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ .....

A.M.K.A. .... ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ .....

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ ..... ΑΡΙΘΜ ..... ΤΚ ..... ΠΟΛΗ .....

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ .....

ΚΙΝΗΤΟ ..... E-MAIL .....

ΜΟΝΑΔΑ .....

### **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ)**

ΕΠΩΝΥΜΟ .....|.....|.....

ΟΝΟΜΑ .....|.....|.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ .....|.....|.....

ΑΜΚΑ .....|.....|.....

*Το ανωτέρω μέλος του ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ceral Hellas δηλώνω ότι συναινώ στην έκδοση κάρτας μέλους πολυιατρείου του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank.*

**Ημερομηνία**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

...../...../20.....

.....