

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ
ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ALPHA BANK**

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

Α.Μ.Κ.Α.

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ

ΑΡΙΘΜ. Τ.Κ.

ΠΟΛΗ ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΙΝΗΤΟ

E-MAIL

ΚΑΤ/ΜΑ - ΜΟΝΑΔΑ

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

ΕΠΩΝΥΜΟ	.....	.....	.....
ΟΝΟΜΑ	.....	.....	.....
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	.....	.....	.....
ΑΜΚΑ	.....	.....	.....

Το ανωτέρω μέλος του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank δηλώνω ότι συναινώ στην έκδοση κάρτα μέλους πολυιατρείου του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank.

Ημερομηνία

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

