

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



ΜΕΛΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ - ΜΟΝΑΔΑ

**ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΜΕΛΗ
ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ		
ΟΝΟΜΑ		
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ		
ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ		
Α.Μ.Κ.Α.		
Δ/ΝΣΗ		
Τ.Κ. - ΠΟΛΗ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
E-MAIL		

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

Ημερομηνία

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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