



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 πολυϊατρείου του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank

Ημερομηνία

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

.....