



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

ΜΕΛΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ.....

ΚΑΤ/ΜΑ- ΜΟΝΑΔΑ

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

Ημερομηνία

Υπογραφή