

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 | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|

| | | | |
|---------------|-------|-------|-------|
| Α.Μ.Κ.Α. | | | |
|---------------|-------|-------|-------|

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

Ημερομηνία
..... / / 20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ