



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Union Care for All by ΕΛΕΥΘΕΡΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

(Συμπληρώνεται από το μέλος)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		ΦΥΛΟ:	A <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		Α.Δ.Τ.	
ΑΜΚΑ:		ΑΦΜ:	
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:		ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:	
E-MAIL:		FAX:	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

(Προσοχή!! Τα εξαρτώμενα μέλη άνω των 16 ετών πρέπει να υπογράψουν –ΕΕ 2016/679)

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ	ΑΔΤ	ΚΙΝΗΤΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								

Συναινώ να λαμβάνω προωθητικό και ενημερωτικό υλικό από το Union Eurobank με κάποιον από τους παρακάτω τρόπους:

Με SMS

Με E-Mail

Τηλεφωνικώς

Με Fax

Όλοι οι τρόποι

Προσοχή!! Όλοι οι υπογράφοντες την παρούσα αίτηση συναινούν τα προσωπικά τους στοιχεία να χρησιμοποιηθούν από το Σωματείο Εργαζομένων Union Eurobank για την ένταξη τους στο πρόγραμμα Υγείας Union Care for All(Κάρτα ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΑΣ). Το Σωματείο εξουσιοδοτείται όπως μεταβιβάσει στοιχεία της παρούσης προς την εταιρία ΕΛΕΥΘΕΡΑΣ ELG προκειμένου τα μέλη και οι συγγενείς τους να τύχουν των παροχών που προβλέπονται από το Πρόγραμμα.

Ο ΑΙΤΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ

/ /

ΟΝΟΜ/ΝΟ
