

ΑΙ Τ Η Σ Η

Για εγγραφή στο Τ.Υ.Δ.Ε.

ΕΠΩΝΥΜΟ.

ΟΝΟΜΑ.

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

Αρ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ,

.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.

Π Ρ Ο Σ

Το Ταμείο Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
Ηπείρου 64- 10439 Αθήνα

Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως μέλους
του Τ.Υ.Δ.Ε., όπως επίσης και των με-
λών της οικογένειάς μου,
α) την σύζυγό μου.....
β) τα παιδιά μου
.....
και την χορήγηση βιβλιαρίου υγειονομι-
κής περίθαλψης.

Τέλος υποβάλλω τα σχετικά με την εγγρα-
φή παραστατικά στοιχεία που ορίζονται
από τον Κανονισμό Ασθενείας του ΤΥΔΕ.

Ο/Η Λιτών-ούσα

Επιείωση: Την απόφαση εγγραφής θα σας στείλουμε το αργότερο σε ένα μήνα
από την υποβολή της αίτησης και αφού εγκριθεί από το Δ.Σ του ΤΥΔΕ.

Από το Τ.Υ.Δ.Ε.

