

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΟΪΠΑΛΛΗΛΩΝ e ΕΦΚΑ –
ΤΕΑΥΦΕ**

(ΠΑ.ΣΩ.ΣΥ.Φ e ΕΦΚΑ – ΤΕΑΥΦΕ)

Μέλος της ΠΟΙΕΦΣΕΚ

Αρ. Εγκριτικής Απόφασης Καταστατικού 600/2022 ΕΑ

____/____/20____

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ: _____

E-mail: _____

ΑΡ.ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.: _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

Α.Μ. ΤΕΑΥΦΕ: _____

Προς το

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΟΪΠΑΛΛΗΛΩΝ e ΕΦΚΑ –
ΤΕΑΥΦΕ**

ΕΝΤΑΥΘΑ

Παρακαλώ να με γράψετε Μέλος του
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΟΪΠΑΛΛΗΛΩΝ e ΕΦΚΑ – ΤΕΑΥΦΕ
(ΠΑ.ΣΩ.ΣΥ.Φ e ΕΦΚΑ – ΤΕΑΥΦΕ)

και δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι
το καταστατικό και πληρώ τις
προβλεπόμενες από αυτό προϋποθέσεις
για την εγγραφή μου.

Ο/Η αιτ _____

Αρ. Μητρώου Μέλους: _____

Απόφαση Δ.Σ.: _____