

.....**2017**
(Πόλη) (Ημερομηνία)

ΠΡΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ
(Συμπληρώστε υποχρεωτικά όλα τα πεδία)

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.
Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ
Α' ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ (Τ.Π.ΑΣ.)
ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 48 - Τ.Κ. 104 38 ΑΘΗΝΑ**

Α.Γ.Μ.

ΒΑΘΜΟΣ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

Α.Δ.Τ.....

Α.Μ.Κ.Α.....

Α.Φ.Μ.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ.....

.....

Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....

.....

Τ.Κ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

.....

Τ.Κ.....

ΤΗΛ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....

ΙΒΑΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

GR

☐ **ΔΕΝ ΕΧΩ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλ. Σταθερό

Τηλ. Κινητό

Email :.....

Παρακαλώ όπως μου εγκρίνετε και χορηγήσετε δάνειο

☐ **3.001,40€**

☐ **4.002,86€**

για όσους έχουν τουλάχιστον 10 έτη ασφάλισης.
για όσους έχουν τουλάχιστον 20 έτη ασφάλισης.
Επιλέξτε **μόνο ένα ποσό**.

Ο έκτακτος λόγος για τον οποίο αιτούμαι το δάνειο είναι:

☐ Νοσηλεία – θεραπεία λόγω ασθένειας

☐ Τοκετός

☐ Θάνατος

☐ Γάμος

☐ Έκτακτη στεγαστική ανάγκη

Επιλέξτε **μόνο μία αιτιολογία**.

Συνημμένα υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:

α) Υπεύθυνη Δήλωση Ν. 1599/1986 [έντυπο ταμείου]

β) Φωτοαντίγραφο αναλυτικού μηνιαίου σημειώματος αποδοκών τελευταίας μισθοδοσίας

γ) Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού Εθνικής Τράπεζας [εφόσον διαθέτει]

δ)

Ο/Η ΑΙΤ.....