Α Ι Τ Η Σ Η

Α. Γ. Μ. ……...……..…..…….

ΒΑΘΜΟΣ …….. ……..……...

ΕΠΩΝΥΜΟ …… ……...…….…...

ΟΝΟΜΑ …….……..…..…….…...

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.: …….……..…

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: …….……..…

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……..

Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ: …….……

Α.Δ.Τ ……..……..……

ΗΜΕΡ. ΕΚΔ. ……..

ΕΚΔ. ΑΡΧΗ: …….……..

Α.Φ.Μ.:…….

Α.Μ.Κ.Α …….…….....

Αριθ.Λογ/σμού Τραπέζης …….…

…….…..

IBAN: …….……..

…….…….

<u>Δ Ι Ε Υ Θ Υ Ν Σ Η Δ Ι Α Μ Ο Ν Η Σ</u>

ΟΔΟΣ: ...……...

ΑΡΙΘΜ.: ……. Τ. Κ. ……..……

ΠΟΛΗ: ..…….……..……

ΝΟΜΟΣ: ……...……

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ……...……

Συνυποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά

1……

2……

3……

<u>Π Ρ Ο Σ</u>

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α

ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ.104 38

Σας παρακαλώ να ενεργήσετε για να μου χορηγηθεί

το ποσό των: …….

που δαπάνησα για:

…….

……. ……..… (αιτιολογία δαπάνης)

του: α) …….…….….. (άμεσα ασφαλισμένου)

β) ……..…… (έμμεσα ασφαλισμένου)

Ο/Η

Αιτ…..

Αθήνα, ……..