

ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ:.....
(Συμπληρώνεται από το ΤΕΑ ΕΛΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΑΜ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ EMAIL:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

.....

Με την παρούσα αιτούμαι την διαγραφή μου από τον Κλάδο Εφάπαξ Παροχής και την καταβολή αυτής, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο **άρθρο 25**, του καταστατικού ΤΕΑ – ΕΛΤΑ (ΦΕΚ/Β/2638/ 30-06-2020) λόγω:

Συνταξιοδότησης

Συμπλήρωσης 15ετίας από την εγγραφή μου στο Ταμείο, η οποία έχει πραγματοποιηθεί μέχρι 06.09.2019, άπαξ.

Επιθυμώ να μου καταβληθεί η Εφάπαξ Παροχή στην Τράπεζα:

.....

στον λογαριασμό με IBAN:

.....

(Επισυνάπτεται υποχρεωτικά αντίγραφο λογαριασμού IBAN)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή.

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για την Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στο ΤΕΑ- ΕΛΤΑ για την επεξεργασία προσωπικών ή/και ευαίσθητων δεδομένων μου και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση αυτών για τους σκοπούς του Ταμείου.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ – ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ