

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΑΜ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ EMAIL:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

.....

Με την παρούσα αιτούμαι τη διαγραφή των παρακάτω εξαρτημένων μελών της οικογένειάς μου:

1.

2.

3.

4.

από το Πρόγραμμα Ασφάλισης Νοσοκομειακής Περίθαλψης.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία είναι πλήρη και αληθή.

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για τη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσής στο TEA-ELTA 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