

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΑΜ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

Με την παρούσα αιτούμαι την υπαγωγή μου στην πρόσθετη Προαιρετική Εισφορά του Κλάδου Εφάπαξ Παροχής.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση του καταστατικού ΤΕΑ – ΕΛΤΑ (ΦΕΚ/Β/2638/30-06-2020, το οποίο αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ EMAIL:.....

Δηλώνω ότι επιθυμώ να καταβάλλω μηνιαίως το ποσό των € ως πρόσθετη Προαιρετική Εισφορά και δηλώνω ρητώς ότι το ποσό αυτό δεν ξεπερνά το ανώτατο επιτρεπόμενο ποσοστό (20%) επί των ακαθαρίστων αποδοχών μου.

Εξουσιοδοτώ τις Αρμόδιες Υπηρεσίες ΕΛΤΑ Α.Ε. να παρακρατούν κάθε μήνα το ποσό της πρόσθετης Προαιρετικής Εισφοράς, από τις μηνιαίες αποδοχές μου και να το αποδίδουν στο ΤΕΑ-ΕΛΤΑ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

.....

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για την Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσής 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.

Η ανωτέρω συγκατάθεσή ισχύει εφεξής για κάθε σχέση μου με το ΤΕΑ ΕΛΤΑ και μέχρι την καθ' οιονδήποτε τρόπο ανάκλησή της.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ – ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ