****

**Αίτηση Εγγραφής**

**Στοιχεία Ασφαλισμένου**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα |  |
| Επώνυμο |  |
| Πατρώνυμο |  |
| Υπηκοότητα |  |
| Ημερομηνία Γέννησης, Τόπος Γέννησης |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου |  |
| Ημερομηνία Έκδοσης Ταυτότητας ή Διαβατηρίου |  |
| Α.Φ.Μ./ Δ.Ο.Υ |  |
| Α.Μ.Κ.Α. |  |
| Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. |  |
| Πόλη/Νομός |  |
| Τηλέφωνο |  |
| ΗλεκτρονικήΔιεύθυνση |  |
| ΤρέχωνΦορέας Κύριας Ασφάλισης |  |
| Ημερομηνία Εγγραφής σε Φορέα Κύριας Ασφαλισης |  |
| Σύλλογος |  |
| Εργασιακή Σχέση |  |
| Επιχείρηση-Ίδρυμα |  |
| Ειδικότητα |  |
| Ποσό Αρχικής Τακτικής Μηνιαίας Εισφοράς |  |

O/H κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων για το Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης - Ν.Π.Ι.Δ., τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα. Με την παρούσα αίτηση, ζητώ την εγγραφή μου ως μέλος στο Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης - Ν.Π.Ι.Δ. και επισυνάπτω σε φωτοτυπία τις δύο όψεις του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, φωτοτυπία εγγράφου Οικονομικής Εφορίας που βεβαιώνει το ΑΦΜ μου και φωτοτυπία εγγράφου του ΕΦΚΑ που ανήκω. Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων θα προβώ σε άμεση έγγραφη ενημέρωση του Ταμείου με ευθύνη μου.

**Συμπληρώνεται από τον/την Ασφαλισμένο/η:**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Ασφαλισμένου/ης |  |
| Ημερομηνία Υπογραφής |  |

**Συμπληρώνεται από το Ταμείο:**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή ΕγκριτικήςΑρχής |  |
| Ημερομηνία Υπογραφής |  |

**Γνωστοποίηση προςτουςΑσφαλισμένους:**

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω δεδομένων είναι το Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης - Ν.Π.Ι.Δ. Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η ένταξη των αιτούντων στο Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης - Ν.Π.Ι.Δ., σύμφωνα με τους σχετικούς όρους ένταξης του Καταστατικού, χωρίς τα οποία δεν δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί. Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι το Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης - Ν.Π.Ι.Δ. καθώς και η ΕΤΑΙΡEΙΑ που έχει αναλάβει την οικονομική, λογιστική και μηχανογραφική διαχείριση του Ταμείου. Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για τα δεδομένα που τους αφορούν των αρ. 12 και 13 του ν.2472/1997, όπως αυτά ισχύουν.