



ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΥΨΟΥΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΜΕΛΟΥΣ

Στοιχεία ασφαλισμένου μέλους

Αρ. Μητρώου/Μισθοδοσίας:

Φορέας:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Α.Φ.Μ.:

Υπηρεσία:

Στοιχεία εισφοράς

Παρακαλώ να μεταβληθεί το ποσό της μηνιαίας εισφοράς μου ως εξής:

Από [_____,00 €] σε [_____,00 €] (_____ ευρώ)]

Μηνιαία Εισφορά 30 € έως 500 € (άρθρο **23** του Καταστατικού)

✓ Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) Αποδέχομαι την Πολιτική Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Ταμείου και συναινώ στην επεξεργασία, σύμφωνα με αυτήν.

β) Οι εισφορές μου σε ΤΕΑ δεν υπερβαίνουν ετησίως και σωρευτικά το 20% του ακαθάριστου εισοδήματός μου από τη μισθωτή εργασία μου.

Ημερομηνία Υποβολής:

Τόπος:

Υπογραφή: →

Ο Αντιπρόσωπος Ν. _____

Συμπληρώνεται από το Ταμείο

Α.Μ. Ταμείου :

Αριθμός Πρωτοκόλλου :

Ημερομηνία Λήψης :

Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ. :

Μήνας εφαρμογής :

Παρατηρήσεις :