



**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΩΝ ΚΑΙ ΛΙΜΕΝΙΚΩΝ
(Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ. - Ν.Π.Ι.Δ.)**

Βερανζέρου 30, 104 32 – Αθήνα
Τηλ. 210 5202 638 – Φαξ. 210 5203 270

Ιστοσελίδα: www.teaapl.gr



e-mail: info@teaapl.gr

Α.Γ.Μ.Σ:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ

Στοιχεία μέλους

[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Αριθμός ταυτότητας	Α. Φ. Μ.	Α.Μ.Κ.Α.	Νέος Α.Δ.Τ. (Πολιτική)
[_____]		[_____]	
Επώνυμο		Όνομα	
[_____]	[_____]	[_____]	
Πατρώνυμο	Μητρώνυμο	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)	
[_____ , _____ , _____ , _____]			
Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)			
[_____]	[_____]	e-mail: _____	
Τηλέφωνα:	Οικίας	Κινητό	

Στοιχεία εισφοράς

Το ποσό της μηνιαίας μου εισφοράς στον κλάδο **Εφ' Απαξ** σύμφωνα με το άρθρο **19** του Καταστατικού, επιθυμώ να είναι: [_____,00 € (_____ ευρώ)]

Με την παρούσα δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των καταστατικών διατάξεων του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης Αστυνομικών, Πυροσβεστών και Λιμενικών, επιθυμώ την περαιτέρω παραμονή μου σ' αυτό και μετά την αποστρατεία μου από το Σώμα της Ελληνικής Αστυνομίας και αναλαμβάνω την ευθύνη να καταβάλω τακτικά την μηνιαία εισφορά μου.

Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και την πολιτική προστασίας τους που εφαρμόζει το Ταμείο.

Τόπος

Ημερομηνία

Υπογραφή μέλους



Συμπληρώνονται από το Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ.

Αριθμός μέλους ΤΕΑΑΠΛ	
Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Ημερομηνία καταχώρησης	

Αντιπρόσωπος Νομού _____

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή