

A.M. ATE BANK:

ΑΙΤΗΣΗ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΠΟΛΗ:

Δ/ΝΣΗ:

Τ.Κ.:

ΤΗΛ.:

ΚΙΝ :

E -mail :

A.Δ.Τ. :

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔ. :

ΑΣΤ. ΤΜΗΜΑ :

ΑΜΚΑ :

Α.Φ.Μ. :

Δ.Ο.Υ. :

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΛΟΓ/ΣΜΟΥ :

ΕΜΒΑΣΜΑ / ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ

Σε περίπτωση που η αίτηση αποσταλεί ταχυδρομικά να έχει το γνήσιο της υπογραφής από Αστυνομικό Τμήμα ή ΚΕΠ.

Συνημμένο

1. Φ/Α 1^{ης} σελίδας Βιβλιαρίου Τράπεζας
2. Φ/Α ταυτότητας ή διαβατηρίου

Προς το

**ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΡΩΗΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΕ**

Κανάρη 24, Αθήνα, ΤΚ 10674

Τηλ. 210-3392340-41

Φαξ: 210-3392364

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε τη διαφορά εφάπαξ βοηθήματος που δικαιούμαι και προκύπτει από το άρθρο 17, παραγρ. 5, του καταστατικού ΑΤΠΠΕΑΤΕ.

Η διαφορά του εφάπαξ βοηθήματος που μου αναλογεί, μετά την παρακράτηση των αναλογουσών εισφορών (άρθρο 8, παραγρ.5IV), παρακαλώ όπως :

- Κατατεθεί στον τραπεζικό μου λογαριασμό
- Μου αποδοθεί με έκδοση τραπεζικής επιταγής.
- Μου αποδοθεί με έμβασμα.

Στις περιπτώσεις απόδοσης με έκδοση τραπεζικής επιταγής ή έμβασμα, αποδέχομαι να αναλάβω τα σχετικά τραπεζικά έξοδα με ισόποση παρακράτηση τους από το δικαιούμενο ποσό του εφάπαξ βοηθήματος μου.

Για την εξέταση και ικανοποίησής του αιτήματός μου συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από τις υπηρεσίες του ταμείου.

...../...../2019

Ο/Η αιτών/ούσα