

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

E-mail:.....

ΠΡΟΣ:

Ταμείο Αλληλοβοήθειας ΕΚΑΒ

Τέρμα οδού υγείας, Αθήνα,

ΤΚ. 115 27, τηλ. 2132143000

Παρακαλώ όπως μου αποδώσετε:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Αθήνα , / / 20....

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....