

ΕΠΩΝΥΜΟ ΑΡ. ΜΕΛΟΥΣ
ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΟΛΗ
Α.Φ.Μ.
Α.Δ.Τ.
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦ.

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΜΕΛΩΝ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟΥ ΕΥΒΟΙΑΣ
ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 12, 34100 ΧΑΛΚΙΔΑ

A. Σας διαβιβάζω συνημμένα τα κάτωθι δικαιολογητικά :

1.
2.
3.
4.

B. Αιτία Νοσηλείας

.....
.....
.....

και παρακαλώ όπως, εξετάσετε και εγκρίνετε το επίδομα που μου αναλογεί, βάσει του Κανονισμού Λειτουργίας Παροχών του Σωματείου Αλληλοβοήθειας.

Παράλληλα δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ το επάγγελμα και δεν έχω κάνει διακοπή στην Δ.Ο.Υ.

Χαλκίδα.....

Ο Αιτών - Η Αιτούσα

.....