**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΖ. & ΣΥΝΤΑΞ/ΧΩΝ με ΠΑΙΔΙΑ με ΑΝΑΠΗΡΙΑ – ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ**

**(ΠΑΣΕΣΠΑ-ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ)**

**Έτος Ιδρύσεως 1993**

**Κηφισίας 99, Διοικ. Μέγαρο ΟΤΕ**

**Μαρούσι, Τ.Κ 15124**

**Τηλ. 210 6118383, FAX 210 6179862**

**e-mail:** **pasespa.omilou.ote@gmail.com**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Στοιχεία Γονέα / Κηδεμόνα** | Επώνυμο: | **ΠΡΟΣ: ΤΟ ΔΣ ΤΟΥ ΠΑΣΕΣΠΑ-ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ**Παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή μου ως τακτικού μέλους του Συλλόγου.Συνημμένα σας υποβάλλω:1. Φωτοαντίγραφο κατάθεσης 20 € στο Λογαριασμό **671/747422-95της Εθνικής Τράπεζας** για την εισφορά μου στο Σύλλογο για το τρέχον έτος.
2. Γνωμάτευση ΚΕΠΑ ή ισχύουσα Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής με το ποσοστό αναπηρίας.

 Ημερομηνία / / 20Ο/Η ΑΙΤ.......  (1) Γράφεται ο αριθμός που αντιστοιχεί στην ιδιότητα του γονιού.(2) Διαγράφεται το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.(3) Τα στοιχεία αυτά συμπληρώνονται μόνο όταν υπάρχει και δεύτερο ανάπηρο παιδί. |
| Όνομα: Πατρώνυμο: |
| Έτος Συνταξιοδότησης:  |
| Αριθ. Μητρώου Συνταξιούχου: (1) |
| Οδός/Αριθμός: |
| Συνοικία: |
| Πόλη: Τ.Κ: |
| Τηλεφ. Οικίας: |
| Αρ. Κινητού: |
| ΦΑΞ: |
| e-mail: |
| ΑΦΜ: |
| **Στοιχεία Παιδιού/Παιδιών ΑΜΕΑ** | Επώνυμο παιδιού: |
| Όνομα παιδιού: |
| Όνομα πατρός: |
| Πάθηση: |
| Ημερομηνία Γεννήσεως: |
| Κεφάλαιο Αλληλοβοηθείας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (2) |
| Λογαριασμός Νεότητας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (2) |
| Επώνυμο παιδιού: (3) |
| Όνομα παιδιού: |
| Όνομα πατρός: |
| Πάθηση: |
| Ημερομηνία Γεννήσεως: |
| Κεφάλαιο Αλληλοβοηθείας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (2) |
| Λογαριασμός Νεότητας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (2) |