



ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΡΟΣΘΕΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ
ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ALPHA BANK

ΜΕΛΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ..... **ΟΝΟΜΑ**.....

ΚΑΤ/ΜΑ- ΜΟΝΑΔΑ

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ			
Α.Μ.Κ.Α.			
Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ			
Τ.Κ.			
ΠΟΛΗ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ			
E- MAIL			

Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, θα κάνουμε χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς:

Ενημέρωση για παροχές υγείας, υπηρεσίες, προωθητικές ενέργειες, προϊόντα, εκδηλώσεις, προσφορές μέσω email, φυλλαδίων, newsletter, SMS, τηλεφώνου και άλλων ηλεκτρονικών μέσων.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Επικοινωνία μαζί σας, για την έκδοση ή ανανέωση της κάρτας μέλους του Πολυιατρείου ALFA LIFE, όπου απαιτείται.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Το ανωτέρω πρόσθετο μέλος δηλώνω ότι συναινώ στην έκδοση κάρτας μέλους πολυιατρείου του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank.

(IBAN Λογαριασμού για Κατάθεση Συνδρομής: GR 6601401010100 2002 289814

Τράπεζα ALPHA BANK – Δικαιούχος ALFA LIFE SINGLE MEMBER P.C.)

Ημερομηνία

...../...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....