

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ  
«EURODENT»**



<b>ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>	<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>
55€ <input type="checkbox"/>	120€ <input type="checkbox"/>

**ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΝΟΜΙΑΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΗ Α.Ο.Ν.Σ**



<b>ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>	<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>
30€ <input type="checkbox"/>	60€ <input type="checkbox"/>

<b>ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗΣ</b> (Φυσικό ή Νομικό Πρόσωπο)		<b>ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΣ (Η)</b> (εάν διαφορετικός (η) από τον Συνδρομητή)	
ΕΠΩΝΥΜΟ / ΕΠΩΝΥΜΙΑ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ			
Α.Δ.Τ.			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
e-mail			

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ**

(Αφορούν το ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΣΥΖΥΓΟΣ)	ΦΥΛΟ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΤΕΚΝΟ)	ΦΥΛΟ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΤΕΚΝΟ)	ΦΥΛΟ :

<b>ΕΝΑΡΞΗ / ΛΗΞΗ</b>	
----------------------	--

<b>ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ</b>	.....€
Οι συνδρομές σας κατατίθενται στον παρακάτω τραπεζικό λογαριασμό, αναφέροντας οπωσδήποτε το όνομά σας και την αιτιολογία κατάθεσης: <b>ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ : 5053-077816-270 IBAN: GR09 0172 0530 0050 5307 7816 270</b>	

<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :</b>	Στο «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ», δικαίωμα συμμετοχής έχουν πέρα από τους δύο (2) γονείς και τα παιδιά ηλικίας μέχρι 18 ετών, ή μέχρι 25 ετών εάν σπουδάζουν
---------------------	--

Έλαβα γνώση της Αίτησης και των Όρων Συμμετοχής στο Πρόγραμμα «EURODENT» και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου σε αυτό.	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
---	----------------------------	-------------------

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ .....

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΩΛΗΣΕΩΝ

Ημερομηνία .....

## ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λ.π.), παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
- Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Ο Λήπτης της ασφάλισης

## ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥΣ Ή ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς μέσω e-mail, SMS ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της.

- Ναι
- Όχι

Ο Λήπτης της ασφάλισης