

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ «EURODENT»



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

ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗΣ <i>(Φυσικό ή Νομικό Πρόσωπο)</i>	ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΣ (Η) <i>(εάν διαφορετικός (η) από τον Συνδρομητή)</i>	
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 <i>(Αφορούν το ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ)</i>		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΣΥΖΥΓΟΣ)		ΦΥΛΟ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΤΕΚΝΟ)		ΦΥΛΟ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΤΕΚΝΟ)		ΦΥΛΟ :

ΕΝΑΡΞΗ / ΛΗΞΗ	
----------------------	--

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

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :	Στο «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ», δικαίωμα συμμετοχής έχουν πέρα από τους δύο (2) γονείς και τα παιδιά ετών εάν σπουδάζουν
---------------------	---

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

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