****

**Αίτηση Εγγραφής στην ΕΛ.Ε.Τ.Ε.Α**

**Στοιχεία Αιτούντος Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης (Τ.Ε.Α.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Επωνυμία (στα ελληνικά) |  |
| Επωνυμία (στα αγγλικά) |  |
| Διεύθυνση ή Έδρα |  |
| Πόλη / Νομός |  |
| Τηλέφωνο |  |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση |  |
| Α.Φ.Μ./∆.Ο.Υ. |  |
| Ονοματεπώνυμο Νομίμου Εκπροσώπου του Αιτούντος Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης |  |
| Α.Δ.Τ. ή Διαβατηρίου του Νομίμου Εκπροσώπου του Αιτούντος Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης |  |
| Τηλέφωνο / Ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νομίμου Εκπροσώπου του Αιτούντος Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης |  |

O/H κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι **πλήρη** και **αληθή** και ότι έλαβα **γνώση** των διατάξεων του **Καταστατικού της ΕΛ.Ε.Τ.Ε.Α,** τις οποίες και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα, για λογαριασμό του Τ.Ε.Α. που εκπροσωπώ.

Με το παρόν έγγραφο, ως νόμιμος εκπρόσωπος του ως άνω Τ.Ε.Α. αιτούμαι την **εγγραφή** του ως **μέλος** στην **Ελληνική Ένωση Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης (ΕΛ.Ε.Τ.Ε.Α).** Σε περίπτωση μεταβολής των δηλωθέντων στοιχείων, το Τ.Ε.Α. θα προβεί σε σχετική, άμεση, έγγραφη ενημέρωση της ΕΛ.Ε.Τ.Ε.Α με προσωπική ευθύνη του/της νομίμου εκπροσώπου του.

|  |  |
| --- | --- |
| **Υπογραφή Νόμιμου Εκπροσώπου** | **Ημερομηνία υπογραφής** |
|  |  |

