Το έγγραφο αυτό περιέχει ευαίσθητες πληροφορίες που ενδείκνυται να τύχουν χειρισμού με βάση την αρχή της Ανάγκης Γνώσης

Λογιστήριο

Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΚΟΠΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΤΕΧΝΙΑ ΠΑΣΥΔΥ**

Με την επιστολή μου αυτή εξουσιοδοτώ το Λογιστήριο του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας όπως αποκόπτει ποσοστό 6 τοις χιλίοις από το μηνιαίο μισθό μου ως συνδρομή για τη συντεχνία ΠΑΣΥΔΥ.

Νοείται ότι σε περίπτωση που αποκόπτεται συνδρομή από το μισθό μου σε άλλη συντεχνία αυτοτερματίζεται.

Σας ευχαριστώ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ημερομηνία: ……………………… |  | Υπογραφή: ……………………… |

**Στοιχεία Αιτητή/τριας:**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο: |
| Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων: |
| Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας: |
| Θέση στην Υπηρεσία: |
| Αριθμός Τηλεφώνου Γραφείου: |
| Αριθμός Τηλεφώνου Οικίας/Κινητό: |

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| Ημερομηνία Γεννήσεως: |
| Υπουργείο/Τμήμα: |
| Έτος Διορισμού: |
| Ταχυδρομική Διεύθυνση: |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail): |

**Κοινοποίηση: ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ.**

Βεβαιώνεται ότι η ΠΑΣΥΔΥ θα χρησιμοποιεί τα πιο πάνω προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με τις πρόνοιες του Νόμου περί επεξεργασίας

Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.