

**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ  
Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.**

Καθολικός διάδοχος του τ. Τομέα Ε.Α.Υ.Φ.Ε. του τ. Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Ε.Α.Ι.Τ.  
Έδρα: Χαλκοκονδύλη 56 | 104 32 | ΑΘΗΝΑ | [www.teayfe.gr](http://www.teayfe.gr)

**ΑΙΤΗΣΗ**

Εάν η αίτηση αποσταλεί στο ΤΕΑΥΦΕ με ηλεκτρονικό μήνυμα (email),  
η ευθύνη για την προστασία του μηνύματος βαρύνει πλήρως και αποκλειστικά τον αποστολέα.

Αρ.Πρωτ. \* : .....

Ημ/νια \* : .....

*\*Συμπληρώνονται από το Φορέα*

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.: .....

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Επωνυμία / Επώνυμο : .....

.....

Όνομα : .....

Ον. πατέρα : .....

Ον. μητέρας : .....

**ΓΙΑ ΕΓΓΑΜΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ Ή ΧΗΡΕΣ**

Ον. συζύγου : .....

Οικογενειακό επώνυμο : .....

.....

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

Οδός : .....

.....

Αριθμός : ..... Τ.Κ. : .....

Πόλη : .....

Τηλέφωνο : .....

.....

**ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ  
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε βεβαίωση χρόνου  
ασφάλισης στο Ταμείο σας.**

**ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΙΤΗΣΗΣ, ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΣΤΕ ΡΗΤΑ ΣΤΗΝ  
ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΧΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ  
ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.**

**Αθήνα, ..... / ..... / 20.....**

**Ο / Η ΑΙΤ.....**

\* Στην περίπτωση που η παρούσα αίτηση αποστέλλεται, είναι απαραίτητη η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής σας από Δημόσια Αρχή.