

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: Χαϊκωνιά 56 | 104 32 | ΑΘΗΝΑ | www.teayfe.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Εάν το δελτίο απογραφής ασφαλισμένου 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

Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.																				
Α.Μ.Κ.Α.																				

Παλιός Ασφαλισμένος *	
Νέος Ασφαλισμένος **	

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:						
ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΕΠΩΝΥΜΟ:						
ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ:						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:				
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:		ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ		ΘΗΛΥ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΧΩΡΑ	ΝΟΜΟΣ	ΠΟΛΗ
..... / /			
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.:	Α.Φ.Μ.:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ. Κ.	ΠΟΛΗ	ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		E-MAIL

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΠΕΔΙΟ)

ΑΓΑΜΟΣ		ΕΓΓΑΜΟΣ		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ	
--------	--	---------	--	--------------	--	-------------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης σημερινής συζ.:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης τέως συζ.:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης τέως συζ.:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης τέως συζ.:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης τέως συζ.:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης τέως συζ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΟΥ	
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 1 ^{ου} τέκνου:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 2 ^{ου} τέκνου:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 3 ^{ου} τέκνου:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 4 ^{ου} τέκνου:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 5 ^{ου} τέκνου:
Όνομ/νυμο:	Ημ/νία γέννησης 6 ^{ου} τέκνου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ		
A.M.E. T.E.A.Y.Φ.E.	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ (κατά την απογραφή):		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. ή Τ.Ε.Α.Ι.Τ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΕ ΦΟΡΕΑ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΠΛΗΝ Ο.Γ.Α. και Ν.Α.Τ.)
ΤΡΕΧΩΝ ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:	
ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΟΣ ΜΙΣΘΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΣ

Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλα Επικουρικά Ταμεία;	
Ταμείο:	Χρονική περίοδος:
Ταμείο:	Χρονική περίοδος:
Ταμείο:	Χρονική περίοδος:

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ		
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Σημείωση: Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.

Σε περίπτωση που δεν επαρκεί η σελίδα για την συμπλήρωση των στοιχείων, συμπληρώστε όπισθεν με παραπομπή.

* **Παλιός ασφαλισμένος:** Ένταξη στην ασφάλιση σε οποιονδήποτε φορέα μέχρι 31/12/1992.

** **Νέος ασφαλισμένος:** Ένταξη στην ασφάλιση σε οποιονδήποτε φορέα από 01/01/1993 και μετά.

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ, ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΣΤΕ ΡΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΧΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.

Σφραγίδα & Υπογραφή Εργοδότη

Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/Η

Αθήνα, / / 20.....

* Στην περίπτωση που το παρόν δελτίο απογραφής ασφαλισμένου αποστέλλεται, είναι απαραίτητη η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής σας από Δημόσια Αρχή.