

Σ. Ε. Δ. Α.

**ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΛΙΟΣΙΩΝ 22**

Τ.Κ. 104.38 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. 210 5277219, 210 5277220

FAX. 210 5278052

ΑΘΗΝΑ.....

**Προς
Το ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ

Υπαλλήλου Δ/νσης.....

Δ/νση Κατοικίας.....

Τηλ. Υπηρεσίας..... κινητό

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας.....

Ως μέλος του Ταμείου μας , παρακαλώ να μου χορηγηθεί το προβλεπόμενο χρηματικό ποσό που δικαιούμαι σύμφωνα με τον κανονισμό του Ταμείου

Σας επισυνάπτω τα απαραίτητα Δικαιολογητικά :

Πρόσφατο Φάκελο Πληρωμής

Ιατρική Γνωμάτευση

Εξιτήριο

(μόνο για περίπτωση θανάτου μέλους)

Ληξιαρχική πράξη θανάτου

Πιστοποιητικό Οικ. Κατάστασης

..... ΑΙΤ.....