

ΑΙΤΗΣΗ

(για αναγνώριση χρόνου διαδοχικής ασφάλισης)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____

ΑΡ.ΜΗΤΡ. Ε.Τ.Ε . : _____

ΑΡ.ΜΗΤΡ. Ι.Κ.Α . : _____

Α.Μ.Κ.Α . : _____

Α.Φ.Μ. : _____ ΔΟΥ _____

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.: _____

ΠΟΛΗ: _____ Τ.Κ.: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ Τ/Φ : _____

ΑΡΙΘΜ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΑΣΤΥΝ.ΤΜΗΜΑ : _____

IBAN ΤΡΕΧΟΥΜΕΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ :

G	R																						
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Προς τον
Λογαριασμό Επικουρήσεως Προσωπικού
Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος

Σας γνωρίζω ότι :

Από _____

μέχρι _____

ήμουν ασφαλισμένος / η

στο _____

Επειδή το χρονικό αυτό διάστημα αναγνωρίστηκε στον Κύριο Ασφαλιστικό Φορέα, αιτούμαι σύμφωνα με τον Ν.1405/83 «Περί διαδοχικής ασφάλισης», όπως ισχύει σήμερα, την αναγνώριση του ανωτέρω χρονικού διαστήματος και στον Λογαριασμό Επικουρήσεως Προσωπικού Ε.Τ.Ε.

Αθήνα, / /

Ο / Η Αιτ.....