

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
**ΤΟΥ ΣΥΝΔΙΚΑΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ &  
ΣΥΝ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΠΕΙΡΑΙΑ & ΝΗΣΩΝ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....  
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....  
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  
ΟΔΟΣ:.....ΑΡΙΘΜΟΣ:.....  
ΠΕΡΙΟΧΗ:.....  
Τ.Κ.....  
ΤΗΛ ΣΠΙΤΙΟΥ:.....  
ΚΙΝΗΤΟ:.....  
E-MAIL:.....

Χαλκοκονδύλη 56, 104 32 Αθήνα

Τηλ.: 210.5232760, FAX: 210.5247494

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Παρακαλώ να με γράψετε μέλος του  
Συνδικάτου, δηλώνω ότι αποδέχομαι το  
καταστατικό και τους σκοπούς του.

ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:

.....  
.....

ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ:

.....  
.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ:.....  
ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ:.....  
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....  
Αριθ. Βιβλ. ΙΚΑ:.....

.....ΑΙΤ.....

ΑΘΗΝΑ.....

ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ:.....

ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ:

ΑΠΟΦΑΣΗ Δ.Σ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο Γ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ