EΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………

ΟΝΟΜΑ:………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………………………………….

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……………………………………..

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

OΔΟΣ:………………………ΑΡΙΘΜΟΣ:………………

ΠΕΡΙΟΧΗ:…………………………………………………

Τ.Κ……………………………………………………………

ΤΗΛ ΣΠΙΤΙΟΥ:……………………………………………

ΚΙΝΗΤΟ:……………………………………………………

E-MAIL:…………………………………………………….

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ:………………………………………………..

ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ:………………………………………

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:……………………………………….

Αριθ. Βιβλ. ΙΚΑ:………………………………………..

ΑΘΗΝΑ…………………………………………………….

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

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:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……ΑΙΤ……….

ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ:………………………………….

ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ:

ΑΠΟΦΑΣΗ Δ.Σ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:……………….

O ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ο Γ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ