

ΑΙΤΗΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΚΛΑΣΕΩΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____

Α.Μ.Α. _____

Α.Μ.Κ.Α. _____

Δ/νση Κατοικίας _____

Δ/νση Εργασίας _____

Τηλέφωνο _____

ΠΡΟΣ:

Ο.Α.Ε.Ε.

**ΠΕΡΙΦ. ΔΙΕΥΘ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ-
ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΑΥΤ. & ΤΟΥΡ.
ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ**

Παρακαλώ, όπως με κατατάξετε στην _____
ασφαλιστική κλάση

___ ΑΙΤ ___