

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ \_\_\_\_\_

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ \_\_\_\_\_

Α.Μ.Α \_\_\_\_\_

Α.Μ.Σ \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α. \_\_\_\_\_

*απαραίτητη γνώση ΑΜΚΑ*

Δ/νση Κατοικίας \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Δ/νση Εργασίας \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Τηλέφωνο \_\_\_\_\_

**ΠΡΟΣ:**

Ο.Α.Ε.Ε.

ΠΕΡΙΦ. ΔΙΕΥΘ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ-  
ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΑΥΤ. & ΤΟΥΡ.

ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση  
ότι είμαι ασφαλισμένος στο Ταμείο,  
προκειμένου να την χρησιμοποιήσω

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_ ΑΙΤ \_\_\_\_\_