



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ
ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ
(1.9.202... - 31.8.202...)

Α.Μ.

--	--	--	--	--

1. ΕΠΩΝΥΜΟ :

2. ΟΝΟΜΑ :

3. ΤΜΗΜΑ Ή ΥΠΟΚ/ΜΑ : ΤΗΛ:

4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

..... ΤΗΛ:.....

5. ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: 1) ΗΜ.ΓΕΝ.:

2) ΗΜ.ΓΕΝ.:

6. ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

(Παράλληλα υποβάλλονται **βεβαιώσεις** Εργοδότη και άλλου Ασφαλιστικού Φορέα)

7. ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ Ή ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ:

.....

(Παράλληλα υποβάλλεται **βεβαίωση** Βρεφονηπιακού Σταθμού - Νηπιαγωγείου)

8. ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΙΔΑΚΤΡΑ:

9. ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ : ΕΩΣ :

.....

(τόπος, ημερομηνία)

Ο/Η ΔΗΛ.....

ΑΠΟΦΑΣΗ Δ.Σ. Νο της

.....
.....

Για το Δ.Σ.