

ΑΙΤΗΣΗ

Α.Γ.Μ.....

ΒΑΘΜΟΣ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ.....

Α.Μ.ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ.....

Α. Τ.....

Α.Φ.Μ.....

Α.Μ.Κ.Α.....

IBAN:GR.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ.....

ΑΡΙΘ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΠΡΟΣ

Τ.Π.Α.Σ.Α.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως ενεργήσετε προκειμένου μου χορηγηθεί το ποσό της συμμετοχής που δαπάνησα για:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (μετά των συνημμένων παραστατικών):

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (Μικροβιολογικές-Ακτινολογικές-Αναλώσιμα)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (μετά των συνημμένων παραστατικών):

ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (μετά των συνημμένων παραστατικών):

(α) του άμεσα ασφαλισμένου

(β) του έμμεσα ασφαλισμένου

Συνημμένα υποβάλω Ενημερωτικό Σημείωμα Σύνταξης Γ.Λ.Κ.

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890.»

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ