

ΑΙΤΗΣΗ

Τ _____
_____ Πατρών

Διεύθυνση: _____

Τηλ: _____

A.M. (T.Y.Δ.E.) _____

ΤΚ.: _____

ΠΡΟΣ
Το Τ.Υ.Δ.Ε.

Παρακαλώ,

Όπως προβείτε στην παράταση της ασφάλισης
του τέκνου μου που γεννήθηκε
στις..... και είναι φοιτητ..... στο

.....
δεν εργάζεται και δεν ασφαρίζεται σε άλλο
ασφαλιστικό φορέα.

Πάτρα : _____

Με τιμή

αιτ
