

ΤΑΜΕΙΟΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

Οι Περί Ιατρών και Οδοντιάτρων (Συντάξεις και Χορηγήματα) Κανονισμοί του 1999 και 2011

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΙΣΦΟΡΕΑ**ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΑΚΑΛΩ**

Επώνυμο _____	Όνομα _____	Όνομα Πατρός _____	
Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας _____ Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων _____ (επισυνάψετε φωτοαντίγραφο)			
Διεύθυνση Οδός / Αριθμός: _____ Διαμονής: Περιοχή: _____ Επαρχία: _____ Ταχ. Κωδ. _____ Τηλ.: _____ κινητό: _____ φάξ.: _____ E-mail _____			
Διεύθυνση Οδός / Αριθμός: _____ Εργασίας: Περιοχή: _____ Επαρχία: _____ Ταχ. Κωδ. _____ Τηλ.: _____ κινητό: _____ φάξ.: _____ E-mail _____			
Ημερομηνία Γέννησης : _____	Φύλο: Άρρεν ☐	Θήλυ ☐	
Τόπος Γέννησης: _____			
Τοπικός Σύλλογος: _____ Ημερομηνία εγγραφής στο Τοπικό Ιατρικό Σύλλογο: _____ Ημερομηνία έναρξης εργασίας στη Κύπρο ως ιδιώτης ιατρός _____ Ειδικότητα: (όπως αναφέρεται στο Μητρώο Ιατρών) _____			
Οικογενειακή Κατάσταση: _____	Άγαμος / η _____ Έγγαμος / η _____	Διαζευγμένος / η _____ Χήρος / α _____	
Όνομα Συζύγου _____ Ταυτότητα: _____ ημερ.γεν.: _____			
Στοιχεία Εξαρτωμένων Τέκνων: Όνομα	ΑΠΤ	Ημερ. Γέννησης	Φύλο (Α/Θ)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Για την εγγραφή μου στο Μητρώο Μελών του Ταμείου επισυνάπτω επιταγή της Τράπεζαςμε αριθμόή μετρητά ή κατάθεση/μεταφορά στον Τραπεζικό Λογαριασμό του Ταμείου στη Τράπεζα Κύπρου 357-01-5542751 Iban: CY80 0020 0195 0000 3570 1554 2751 για το ποσό των €51,26 στο όνομα του Ταμείου Συντάξεων Ιατρών και Οδοντιάτρων.
Παρακαλώ όπως αποσταλούν τα έντυπα στο e-mail: info@cytsi.org.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Βεβαιώνεται ότι το ΤΣΙΟ θα χρησιμοποιεί τα πιο πάνω προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με τις πρόνοιες του νόμου περί επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα