



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

ΣΤΟΥΡΝΑΡΗ 16, 10683, ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 210.95.72.986-7, 210.95.11.079

www.psas.gr, email: info@psas.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Α.Φ.Μ.:

ΕΤΑΙΡΕΙΑ: ΥΠΟΚ/ΜΑ:

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:

ΤΗΛ.:

ΔΙΕΥΘ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:

ΤΗΛ.:

ΚΙΝΗΤΟ: E-mail:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

(Να διαγραφεί αυτό που δεν ισχύει)

ΗΜ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ: / /

ΣΥΣΤΗΝΩΝ: Ο/Η ΑΙΤ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από:

- Φωτοτυπία αδείας Επαγγελματικού Επιμελητηρίου.
- Δύο φωτογραφίες ταυτότητας.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Κατάθεση στην **Τράπεζα Πειραιώς** - Αρ. Λογαριασμού: **5067-076436-652 (IBAN: GR36 01 7206 7000 5067 0764 36652)**
Δικαιούχος: Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ασφαλιστικών Συμβούλων.

Κατάθεση στην **Alpha Bank** - Αρ. Λογαριασμού: **293-00-2002-001051 (IBAN: GR35 0140 2930 2930 0200 2001 051)**
Δικαιούχος: Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ασφαλιστικών Συμβούλων.

Προς:

Το Διοικητικό Συμβούλιο του
**Πανελληνίου Συνδέσμου Ασφαλιστικών
Συμβούλων.**

Με την αίτηση αυτή επιθυμώ να γραφώ στα μητρώα των μελών του Συνδέσμου. Επίσης δηλώνω ότι έχω διαβάσει και αποδέχομαι τον Κώδικα Δεοντολογίας τον οποίο θέσπισε ο Σύνδεσμος και είναι μόνιμα αναρτημένος στο site του Συνδέσμου <https://psas.gr/>.

Για το σκοπό αυτό κατέβαλα σήμερα
... /... /.... 20€ για εγγραφή και συνδρομή του έτους.

Τελικά, δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τα μέλη του Διοικητικού Συμβούλιου του Πανελληνίου Συνδέσμου Ασφαλιστικών Συμβούλων ότι τα ΔΠΧ (Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα) είναι τα απολύτως απαραίτητα για την εγγραφή μου και θα τηρηθούν σε ηλεκτρονικό και φυσικό αρχείο του Συνδέσμου για όσο χρονικό διάστημα είμαι Μέλος καθώς και για πέντε (5) χρόνια μετά τη διαγραφή μου. Επίσης ενημερώθηκα ότι τα επικοινωνιακά δεδομένα μου θα χρησιμοποιηθούν από τον Σύνδεσμο για το σκοπό της ενημέρωσής μου για θέματα που αφορούν την επαγγελματική μου δραστηριότητα και τη δραστηριότητα του Συνδέσμου. Για το σκοπό αυτό παρέχω τη συγκατάθεσή και διατηρώ το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να την ανακαλέσω αποστέλλοντας email στο info@psas.gr

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Δε παρέχω τη συγκατάθεσή μου

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΣΤΟΝ Π.Σ.Α.Σ.:

Αριθμός Απόδειξης:

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:/...../.....