

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ  
**New Health System "N.H.S."**

**A. Στοιχεία Συμβαλλομένου**

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	TK	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Δ. Ταυτότητας	ΑΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Τηλέφωνο κινητό	Τηλέφωνο σταθερό	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**B. Στοιχεία Δικαιούχου κάλυψης**

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Διεύθυνση	TK	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Περιοχή	Πόλη	Νομός	Φύλο	Ημ. Γέννησης
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Δ. Ταυτότητας	ΑΦΜ	ΔΟΥ	Επάγγελμα	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Τηλέφωνο κινητό	Τηλέφωνο σταθερό	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Γ. Στοιχεία Εξαρτημένων μελών**

Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Φύλο	Σχέση
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Παρακαλώ να εκδώσετε στο όνομά μου συμβόλαιο και κάρτα μέλους για το πρόγραμμα υγείας της εταιρίας **New Health System "N.H.S."**.

Πρόγραμμα Υγείας	Ένα (1) μέλος Συνδρομή Ετήσια	Δυο (2) μέλη Συνδρομή Ετήσια	Οικογενειακό* Συνδρομή Ετήσια
<b>Open Health</b>	<b>70</b>	<b>130</b>	<b>160</b>

**Η τιμολόγηση σε όλα τα προγράμματα υπολογίζεται ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας**

\* **Οικογενειακό πρόγραμμα** έως 6 μέλη (Για κάθε προσθήκη επιπλέον τέκνου ισχύει το ποσό των 25 ευρώ ετησίως)

Στην συνολική συνδρομή συμπεριλαμβάνονται οι νόμιμες επιβαρύνσεις (ΦΠΑ) καθώς και τα έξοδα αποστολής και είσπραξης του συμβολαίου και της κάρτας μέλους.

#### Προσωπικά δεδομένα

Τα προσωπικά μου στοιχεία που δόθηκαν είναι ακριβή και αληθή και δόθηκαν με την συναίνεση μου.

Παρέχω στην εταιρία **New Health System "N.H.S."** την συγκατάθεση και την συναίνεσή μου να τηρεί σε αρχείο και να επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα που έρχονται σε γνώση της, βάσει της παρούσας αίτησης, για τους σκοπούς του προγράμματος της **New Health System "N.H.S."**

Η διατήρηση του αρχείου και η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των συνδρομητών των προγραμμάτων υγείας της εταιρίας New Health System γίνεται σύμφωνα με τον **νόμο 2472/97**.

Τα προσωπικά δεδομένα των συνδρομητών συλλέγονται, τηρούνται και υποβάλλονται σε επεξεργασία με ευθύνη της εταιρίας **New Health System "N.H.S."** και των συνεργαζόμενων με αυτήν εταιριών.

Ο Συνεργάτης  Κωδικός

Ημερομηνία

Υπογραφή  
Αιτών/Αιτούσα

Υπογραφή  
Συνεργάτη

Ημερομηνία παράδοσης

Τόπος παράδοσης

Ώρα παράδοσης

Τρόπος εξόφλησης  Αντικαταβολή  Κατάθεση  Πιστωτική/Χρεωστική κάρτα