

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΦΑΠΑΞ ΒΟΗΘΗΜΑ ΕΛΟΑΝ

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο.....

Όνομα

Πατρώνυμο.....

Βαθμός

Διεύθυνση.....

..... Τ.Κ

Τηλέφωνο Οικίας

Τηλέφωνο Κινητό

Τράπεζα/IBAN Λογαριασμού:

GR.....

e-mail:

Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά

1. Φύλλο Διακοπής Μισθοδοσίας – Βεβαίωση Μη Οφειλής (Π.Ν. από Δ.Δ.Μ.Ν.- Λ.Σ. από Διαχείριση).

2. Αντίγραφο IBAN λογαριασμού τραπεζής.
(Πρώτου Δικαιούχου-Τράπεζα/IBAN).

☒ Βεβαιώνω ότι τα προσωπικά δεδομένα μου, που αναφέρονται ανωτέρω στην παρούσα, τυγχάνουν επίκαιρα και ορθά και τα παρέχω στον «ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με τη ρητή και ελεύθερη συγκατάθεσή μου για τον αποκλειστικό σκοπό της νόμιμης επεξεργασίας τους, στο πλαίσιο της αιτήσεώς μου για χορήγηση εφ' άπαξ βοηθήματος, για τον οποίο και ενημερώθηκα πλήρως και προσηκόντως από το ανωτέρω Ταμείο, όπως και για τα νόμιμα δικαιώματά μου [άρθρα 15-20 Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Ε.Ε. (2016/679)]. Επιπλέον, παρέχω τη ρητή και ελεύθερη συναίνεσή μου για τη διαβίβαση των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων μου προς τρίτους υπευθύνους επεξεργασίας (τράπεζες, δημόσιες αρχές κτλ), εφόσον καθίσταται αναγκαίο, με σκοπό τη νόμιμη επεξεργασία τους για σκοπούς που τελούν σε αιτιώδη σχέση με την ανωτέρω έννομη αιτία.

Οποιαδήποτε τυχόν μεταβολή των προσωπικών δεδομένων, που έχω χορηγήσει κατά τα ανωτέρω, θα γνωστοποιείται με μέριμνά μου στον «ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με σκοπό την προσήκουσα επικαιροποίησή τους.

Ειδικές Παρατηρήσεις :

.....

.....

.....

.....

.....

ΠΡΟΣ : ΕΛΟΑΝ/Τμήμα Εφάπαξ Βοηθήματος

Γλάδστωνος 1, Τ.Κ. 10677, Αθήνα

Τηλ. 2103322065, 2103322066

Email : efapaxeloan@hotmail.com

1. Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ να μου εγκρίνετε την καταβολή συμπληρωματικού Εφάπαξ Βοηθήματος ΕΛΟΑΝ λόγω.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

Ημερομηνία,/...../202.....

Συμπληρώνεται από την υπηρεσία :

Αριθμός Πρωτοκόλλου:		
Παραλαβή:		/...../202.....
Εσωτερική Διανομή :		ΕΛΟΑΝ
Γραμματέας	Τμηματάρχης ΕΛΟΑΝ	Διευθυντής ΕΛΟΑΝ