### ΑΙΤΗΣΗ

**Αριθμός Μητρώου**…...……..…………

**ΕΠΩΝΥΜΟ**:……...……..……………….

**ΟΝΟΜΑ**:……………………...………….

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ**:………………..…....

**ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**:…………………....

……………………………………………

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ**:………………………….......

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**: ………………..…

……………………………………………

**ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ**: ………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**:……………………………

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**:…………………………

**Προς**

#### ΤΟ Ε.Τ.Α.Α.

#### ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ

#### ΕΠΑΡΧΙΩΝ

**Υποβάλλω τα σχετικά δικαιολογητικά και παρακαλώ για την εγγραφή μου στο μητρώο ασφαλισμένων του Ε.Τ.Α.Α. (Τομέας Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών)** ……………………………………...…….

…..……………………………………..……………………………………………....………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ο/Η Αιτ………