

ΑΙΤΗΣΗ

Του (Βαθμός).....

.....

Όνοματεπώνυμο.....

.....

Τάξη.....

Δνση Κατοικίας

.....

Πόλη.....

ΤΚ

Τηλ.

Τηλ. κινητό

email.....

Τόπος/ ημερομηνία.....

.....

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

Αποφ. Δ.Σ. /.....

ΠΡΟΣ

το ΔΣ/Σ.Α.Α.Ο.Ε.Δ.

Χαριλάου Τρικούπη 5, ΤΚ 10678

Αθήνα

Παρακαλώ να με εγγράψετε ως μέλος του
Συνδέσμου Αποστράτων Αξιωματικών Οικονομικού
Ενόπλων Δυνάμεων (Σ.Α.Α.Ο.Ε.Δ.).

Σας αποστέλλω αντίγραφο του τραπεζικού
Γραμματίου Κατάθεσης των υποχρεώσεων της
εγγραφής μου.

Ο/Η Αιτ.....

Σημείωση: Ποσά εγγραφής και ετήσιας συνδρομής 25 ευρώ.
Τρ.Πειραιώς IBAN **GR 8501720450005045073456781**. Τα
στοιχεία των αιτούντων τηρούνται στο αρχείο του Συνδέσμου,
αποκλειστικά για λόγους επικοινωνίας, χωρίς να διατίθενται σε
τρίτους. Σε περίπτωση διαγραφής του μέλους για οποιονδήποτε
λόγο, αυτά καταστρέφονται.

