



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΟΣ: Ο.Τ.Ο.Ε – Ε.Κ.Α – Ε.Κ.Θ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 78 Δ & ΚΙΑΦΑΣ 1 - 106 78 ΑΘΗΝΑ ,τηλ.: 210 3669180 – 1 – 2 – 4

e-mail: syta@atticabank.gr, site: www.sytatticabank.gr , www.syta.gr

Αριθ. Αποφ. Πρωτ. Αθηνών 754/1974

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ & ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή μου σε μέλος του **Συλλόγου Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής** (ΑΤΤΙΚΑ ΒΑΝΚ), γνωρίζοντάς σας, πως παράλληλα, αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τις διατάξεις του Καταστατικού που μου γνωστοποιήσατε.

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ:

ΕΓΓΑΜΟΣ: ΠΑΙΔΙΑ: ΟΝΟΜΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

..... παρακάτω υπογράφ.....

εξουσιοδοτώ υπεύθυνα το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής, όπως παρακρατεί από τις αποδοχές μου στο μέρος που αφορούν από τις προερχόμενες από την εκάστοτε ισχύουσα Κλαδική Συλλογική Σύμβασης Εργασίας κάθε μήνα ποσοστό 1%, που επιμερίζεται σήμερα, μετά την απόφαση της Γενικής Συνέλευσης μελών του Συλλόγου της 30/11/2022 σε 0,75% και 0,25% υπέρ Ταμείου του και του Απεργιακού Ταμείου, αντίστοιχα.

..... Εξουσιοδοτ.....



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΟΣ: Ο.Τ.Ο.Ε – Ε.Κ.Α – Ε.Κ.Θ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 78 Δ & ΚΙΑΦΑΣ 1 - 106 78 ΑΘΗΝΑ ,τηλ.: 210 3669180 – 1 – 2 – 4

e-mail: syta@atticabank.gr, site: www.sytaticabank.gr , www.syta.gr

Αριθ. Αποφ. Πρωτ. Αθηνών 754/1974

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΛΟΥΣ Σ.Υ.Τ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Αρ. Μητρώου Σ.Υ.Τ.Α.:
Αρ. Μητρώου Τράπεζας:
Αρ. Μητρώου Ταμείου Υγείας:
Επώνυμο:
Όνομα:
Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:
Τόπος Γέννησης:
Α.Φ.Μ.:
Δ.Ο.Υ.:
Α.Δ.Τ.:
Ημερομηνία Έκδοσης Α.Δ.Τ.: Αστ. Τμήμα:
Υπηκοότητα:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:
Τ.Κ.:
Περιοχή:
Πόλη:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλ. Κατοικίας:
Τηλ. Εργασίας:
Κινητό Τηλέφωνο:
E-MAIL:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος, Έγγαμος, Διαζευγμένος, Χήρος

Όνομα Συζύγου:

Επώνυμο Συζύγου:

Ημερομηνία Γάμου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ

Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία γέννησης:	Ένδειξη: 1:Νήπιο 2:Μαθητή 3:Φοιτητής 4: Μεταπτυχιακό

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σπουδές:

ΜΕΣΗ ΕΚΠ/ΣΗ:(Λύκειο, Τεχνική Σχολή) ΑΝΩΤΑΤΗ/ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠ/ΣΗ:(ΑΕΙ, ΤΕΙ) ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ:(PhD,MBA,MSc)

Τίτλος Πτυχίου:

Ημερομηνία Πτυχίου:

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ:

Αγγλικά, Γαλλικά, Γερμανικά, Ιταλικά,

Μήνες Στρατού:

Ημερομηνία Πρόσληψης:

Μονάδα:.....

Θέση Μονάδας :.....

Θέση Ευθύνης:.....

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Τα πιο πάνω στοιχεία αποτελούν προσωπικά μου δεδομένα, τα οποία θέτω στη διάθεση του θεσμικού οργάνου των εργαζομένων στην Τράπεζα Αττικής, ήτοι στον Σύλλογο Εργαζομένων Τράπεζας Αττικής, για την άντληση στοιχείων και πληροφοριών, η επεξεργασία των οποίων θα εξυπηρετήσει στην επίτευξη των σκοπών του Σωματείου.

ΠΟΛΗ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΟΣ: Ο.Τ.Ο.Ε – Ε.Κ.Α – Ε.Κ.Θ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 78 Δ & ΚΙΑΦΑΣ 1 - 106 78 ΑΘΗΝΑ ,τηλ.: 210 3669180 – 1 – 2 – 4

e-mail: syta@atticabank.gr, site: www.sytaticabank.gr , www.ouota.gr

Αριθ. Αποφ. Πρωτ. Αθηνών 754/1974

ΠΡΟΣ ΤΟΝ

ΣΥΛΛΟΓΟ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

(Σ.Υ.Τ.Α.)

Ο/Η παρακάτω υπογράφων/υπογράφουσα.....

με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....

εξουσιοδοτώ ανέκκλητα την ΑΤΤΙΚΑ BANK να παρακρατεί και να αποδίδει το εκάστοτε ποσό μηνιαίας συνδρομής μου προς τον Σύλλογο Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής ή και την Ο.Τ.Ο.Ε., όπως αυτό θα ορίζεται.

.....
(Τόπος – Ημερομηνία)

Ο/Η εξουσιοδοτών/-ούσα

.....
(Υπογραφή)



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΟΣ: Ο.Τ.Ο.Ε – Ε.Κ.Α – Ε.Κ.Θ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 78 Δ & ΚΙΑΦΑΣ 1 - 106 78 ΑΘΗΝΑ , τηλ.: 210 3669180 – 1 – 2 – 4

e-mail: syta@atticabank.gr, site: www.sytatticabank.gr , www.syta.gr

Αριθ. Αποφ. Πρωτ. Αθηνών 754/1974

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Ο/Η υπογραφόμενος/η....., παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 6 παρ. 1, 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (Τ.Κ.Π.Δ./Ε.Ε. 679/2016), τη ρητή συγκατάθεσή μου στο συνδικαλιστικό Σωματείο με την επωνυμία «ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ» (εφεξής «ο Σύλλογος»), που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Ακαδημίας 78Δ & Κιάφας 1, 10678 Αθήνα, και αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, στο πλαίσιο της προστασίας, της προαγωγής και της άσκησης των δικαιωμάτων και συμφερόντων μου που συνδέονται με την ιδιότητά μου ως μέλους της εν λόγω συνδικαλιστικής οργάνωσης και για την εξυπηρέτηση των συναφών με αυτήν σκοπών, που εξειδικεύονται κατωτέρω.

Σκοποί:

- Τήρηση μητρώου μελών του Συλλόγου και σχετικών απογραφικών δελτίων.
- Διευκόλυνση επικοινωνίας μεταξύ μέλους και Συλλόγου (αλληλογραφία ηλεκτρονική και ταχυδρομική, τηλεφωνική επικοινωνία κλπ).
- Διεξαγωγή αρχαιρεσιών του Συλλόγου (εκλογικοί κατάλογοι, ανακοινώσεις εφορευτικών επιτροπών, καταστάσεις ψηφισάντων κλπ).
- Συγκρότηση και λειτουργία οργάνων του Συλλόγου (πρακτικά ΔΣ, ΓΣ, Ελεγκτικής Επιτροπής κλπ).
- Συμμετοχή σε υπερκείμενες συνδικαλιστικές οργανώσεις (ΟΤΟΕ, ΕΚ, ΓΣΕΕ).
- Οικονομική λειτουργία/ενίσχυση του Συλλόγου (στοιχεία παρακράτησης εισφορών υπέρ του Συλλόγου).
- Άσκηση εργασιακών, συνδικαλιστικών δικαιωμάτων των μελών (δικόγραφα, παρεμβάσεις και δράσεις του Συλλόγου, απεργίες, οικονομική ενίσχυση απεργών, συλλογικές διαπραγματεύσεις κλπ).
- Άσκηση δικαιωμάτων που απορρέουν από ΣΣΕ και ανάπτυξη δραστηριοτήτων, στο πλαίσιο των καταστατικών σκοπών του Συλλόγου (απονομή αριστιών τέκνων, βραβείων σε περίπτωση εισαγωγής σε ΑΕΙ-ΑΤΕΙ, εκδρομικές δραστηριότητες, εορταστικές εκδηλώσεις, άδειες, έκδοση καρτών ΟΑΣΑ,

ασφάλιση σε ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια παροχής εφάπαξ ποσού και αρωγής τέκνων (ΛΑΚ), απολαβή προνομίων συμμετοχής σε ομαδικά ασφαλιστήρια προγράμματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, λειτουργία Τράπεζας Αίματος κλπ).

- Συμμετοχή σε όργανα της εργοδότης Τράπεζας κατ' εφαρμογή ΣΣΕ, Κανονισμού Εργασίας κλπ (όπως Επιτροπές Δανείων, Παραπόνων, Υπηρεσιακά ή Πειθαρχικά Συμβούλια).

Πηγές πληροφόρησης:

- Άμεση, προφορική ή έγγραφη, επικοινωνία με τον Σύλλογο.
- Ενημέρωση από αρμόδιες υπηρεσίες της εργοδότης Τράπεζας.
- Προμηθευτές αγαθών/υπηρεσιών του Συλλόγου.

Είδη δεδομένων προς επεξεργασία:

Στοιχεία ταυτότητας και επικοινωνίας (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ημερομηνία γέννησης, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, θέση εργασίας, διεύθυνση κατοικίας, αριθμός τηλεφώνου, ηλεκτρονική διεύθυνση), στοιχεία οικογενειακής κατάστασης (ονοματεπώνυμο συζύγου, αριθμός, ημερομηνία γέννησης και ονοματεπώνυμο τέκνων, σχολική μονάδα ή ΑΕΙ/ΑΤΕΙ φοίτησης τέκνων, πιστοποιητικά σπουδών ή αξιολόγησης φοίτησης, όταν απαιτούνται για τη χορήγηση σχετικών παροχών), στοιχεία πληρωμής (ύψος παρακρατούμενης εισφοράς ως ποσοστό αποδοχών, αριθμός τραπεζικού λογαριασμού, παραστατικά για την προμήθεια αγαθών και υπηρεσιών ως προς παροχές που χορηγούνται από το Σύλλογο κλπ), πιστοποιητικά και παραστατικά που αφορούν ιατρικές υπηρεσίες (ως προς παροχές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που χορηγούνται δυνάμει συμβολαίων ομαδικής ασφάλισης, εφόσον τα σχετικά πιστοποιητικά/παραστατικά δεν χορηγούνται στην αρμόδια Διεύθυνση της εργοδότης Τράπεζας ή συμμετοχή σε Τράπεζα Αίματος), πράξεις/αποφάσεις της εργοδότης Τράπεζας ως προς τη συγκρότηση και τη λειτουργία επιτροπών και οργάνων στις οποίες συμμετέχει ο Σύλλογος, λοιπά ΔΠΧ που είναι αναγκαία για την εξυπηρέτηση των ανωτέρω σκοπών.

Αποδέκτες:

Ανάλογα με το σκοπό της επεξεργασίας και πάντοτε εντός του απολύτως αναγκαίου, για την εκπλήρωση αυτού, πλαισίου, τα δεδομένα μπορεί να διαβιβαστούν στην εργοδότης Τράπεζα (λχ προκειμένου να διενεργείται η παρακράτηση της εισφοράς υπέρ του Συλλόγου ή προκειμένου να πληρωθούν θέσεις σε όργανα ή επιτροπές της Τράπεζας που καλύπτονται από εκπροσώπους του Συλλόγου), σε υπερκείμενες συνδικαλιστικές οργανώσεις (ΟΤΟΕ, ΕΚ, ΓΣΕΕ), στον Λ.Α.Κ. ή σε τρίτους προμηθευτές αγαθών ή υπηρεσιών που παρέχονται με μέριμνα του Συλλόγου.

Χρόνος επεξεργασίας:

Ο Σύλλογος θα συλλέγει, θα αποθηκεύει και εν γένει θα επεξεργάζεται ΔΠΧ μου για χρονικό διάστημα μέχρι δέκα (10) έτη από την ολοκλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας, εκτός εάν υφίσταται άλλη νομική υποχρέωση ή εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν του ως άνω χρονικού ορίου επεξεργασίας και μέχρι την περαίωση αυτής με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Δικαιώματα Υποκειμένου ΔΠΧ:

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω, ανά πάσα στιγμή, την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες τυχόν ανάκλησης. Ειδικότερα, ενημερώθηκα ότι, στην περίπτωση που ανακαλείται η συγκατάθεσή μου ως προς ΔΠΧ, η επεξεργασία των οποίων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση του σκοπού της επεξεργασίας, ο Σύλλογος έχει το δικαίωμα να μην ασκεί υπέρ εμού τα δικαιώματά μου που απορρέουν από την ιδιότητά μου ως μέλους αυτού, τα οποία προϋποθέτουν την επεξεργασία των εν λόγω ΔΠΧ.

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (ΕΕ 679/2016) και στην ισχύουσα εθνική νομοθεσία. Συγκεκριμένα:

- Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα ΔΠΧ που με αφορούν, τα οποία τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται ο Σύλλογος.
- Δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπίκαιρων ΔΠΧ που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων μου.
- Δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή ΔΠΧ που με αφορούν από τα αρχεία του Συλλόγου, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών, για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης ΔΠΧ που με αφορούν, σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακρίβειά τους.
- Δικαιούμαι να λαμβάνω τα ΔΠΧ που έχω παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο ή να ζητώ τη διαβίβασή τους.
- Δικαιούμαι να υποβάλλω καταγγελία ενώπιον της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, σε περίπτωση παραβίασης, από τον Σύλλογο, των δικαιωμάτων μου ως Υποκειμένου ΔΠΧ.

Η άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, χωρίς κόστος, έγγραφης αίτησης στον Σύλλογο.

Για οποιοδήποτε θέμα σχετικό με την άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων μου, την επεξεργασία εν γένει και την προστασία των ΔΠΧ μου, μπορώ να απευθύνομαι

στον Υπεύθυνο Ασφαλείας του Συλλόγου (Στοιχεία επικοινωνίας.....) ή στον Υπεύθυνο Προστασίας ΔΠΧ (.....).

Σε κάθε περίπτωση, δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, εγγράφως (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23) ή ηλεκτρονικά (www.dpa.gr). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερθέντων δικαιωμάτων μου, ο Σύλλογος θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή τους, εντός μηνός από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή τους ή για τους λόγους που εμποδίζουν αυτή.

Αθήνα,.....

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΟΣ: Ο.Τ.Ο.Ε – Ε.Κ.Α – Ε.Κ.Θ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 78 Δ & ΚΙΑΦΑΣ 1 - 106 78 ΑΘΗΝΑ, τηλ. επικ.: 210 3669180 – 1 – 2 – 4

e-mail: syta@atticabank.gr, site: www.sytatticabank.gr, www.syta.gr

Αριθ. Αποφ. Πρωτ. Αθηνών 754/1974

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΠΧ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ

Ο υπογραφόμενος,παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου, για τη συλλογή και επεξεργασία, από το Σύλλογο Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής (εφεξής «ο Σύλλογος»), προσωπικών μου δεδομένων, που υπάγονται στις ειδικές κατηγορίες του άρθρου 9 παρ. 1 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων. Βεβαιώνω ότι έχω λάβει σαφή και αναλυτική ενημέρωση για την επεξεργασία των ΔΠΧ μου ειδικών κατηγοριών, που θα συλλεγούν στο πλαίσιο της ιδιότητάς μου ως μέλους του ως άνω Συλλόγου και για τις ανάγκες προστασίας και προαγωγής των συναφών με αυτή δικαιωμάτων μου. Τα ΔΠΧ ειδικών κατηγοριών που θα συλλεγούν (και που ο Σύλλογος Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής θα διαχειρίζεται ως τέτοια) είναι το σύνολο των πληροφοριών που σχετίζονται με τη συμμετοχή μου στην εν λόγω συνδικαλιστική οργάνωση και τα οποία είναι απαραίτητα για την άσκηση των συναφών με αυτήν δικαιωμάτων.

Ενδεικτικά -και όχι περιοριστικά- αναφέρονται: Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση εγγραφής στο Σύλλογο, στην εξουσιοδότηση παρακράτησης συνδικαλιστικής εισφοράς, στα απογραφικά δελτία και το μητρώο μελών του Συλλόγου, στοιχεία συμμετοχής σε αρχαιρεσίες (εκλογικοί κατάλογοι, ανακοινώσεις εφορευτικής επιτροπής, καταστάσεις ψηφισάντων κλπ), στοιχεία συμμετοχής σε όργανα του Συλλόγου (πρακτικά ΔΣ, πρακτικά Γενικής Συνέλευσης συνεδρίων, Ελεγκτικής Επιτροπής κλπ) ή σε υπερκείμενες συνδικαλιστικές οργανώσεις (ΟΤΟΕ, ΕΚ, ΓΣΕΕ) και αναφορές από τις οποίες μπορεί να προκύπτει τέτοια συμμετοχή (αποφάσεις οργάνων, πρακτικά, ανακοινώσεις/παρεμβάσεις κλπ), στοιχεία από τα οποία μπορεί να προκύπτει η άσκηση συνδικαλιστικών δικαιωμάτων (καταστάσεις απεργών με απεικόνιση του λογαριασμού μισθοδοσίας και λοιπών τυχόν αναγκαίων στοιχείων εξατομίκευσης, δικόγραφα σε περιπτώσεις όπου ο Σύλλογος ασκεί δικαιώματα υπέρ των μελών ή παρεμβάσεις σε δίκες υπέρ αυτών) ή που είναι απαραίτητα για την άσκηση δικαιωμάτων που απορρέουν από ΣΣΕ ή για τη συμμετοχή σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις του Συλλόγου (αριστεία τέκνων, εισαγωγή σε ΑΕΙ-ΑΤΕΙ, κατάθεση χρημάτων για βραβεύσεις, εκδρομικές δραστηριότητες, εορταστικές εκδηλώσεις, στοιχεία αδειών, στοιχεία για την έκδοση καρτών ΟΑΣΑ κλπ), στοιχεία που απαιτούνται για τις ανάγκες ασφάλισης των εργαζομένων σε ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια παροχής εφάπαξ ποσού και αρωγής τέκνων (ΛΑΚ), στα

οποία συμβαλλόμενος είναι και ο Σύλλογος, στοιχεία που απαιτούνται για τις ανάγκες συνεργασίας με κάθε Ιατρικό Όμιλο, στο πλαίσιο ομαδικών προγραμμάτων ασφάλισης στα οποία συμβαλλόμενος είναι και ο Σύλλογος, στοιχεία από τα οποία προκύπτει η συμμετοχή σε Τράπεζα Αίματος, στοιχεία από τα οποία μπορεί να προκύπτει η συμμετοχή σε όργανα της εργοδότης Τράπεζας δυνάμει της ιδιότητας του μέλους του Συλλόγου (όπως σε Πειθαρχικά Συμβούλια, Επιτροπές Δανείων, Επιτροπή Εκπαίδευσης και Επιμόρφωσης, Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας κ.λπ. Συμβούλια, Επιτροπές ή και Ομάδες Έργου).

Τόπος:

Ημερομηνία:

Όνομα:

Επώνυμο:

Υπογραφή:

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΟΜΙΛΟΥ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ**

...../...../2024

Στοιχεία κυρίως μέλους:

Επώνυμο

Όνομα

Αρ. Μητρώου.....

ΠΡΟΣ

Σύλλογο Υπαλλήλων Τράπεζας Αττικής

(Σ.Υ.Τ.Α.)

Ακαδημίας 78 Δ & Κιάφας 1, 10678 Αθήνα

Στοιχεία εξαρτώμενων μελών:

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα πατρός.....

Σχέση με κύριο μέλος.....

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα πατρός.....

Σχέση με κύριο μέλος.....

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα πατρός.....

Σχέση με κύριο μέλος.....

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα πατρός.....

Σχέση με κύριο μέλος.....

Με την παρούσα, αιτούμαι υπό την ιδιότητά μου ως μέλος του Σ.Υ.Τ.Α. τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα παροχών του Ομίλου Ευρωκλινικής με τον οποίο συμβάλλεται ο Σ.Υ.Τ.Α. και δηλώνω ότι:

(α) Τα στοιχεία μου είναι πλήρη, ακριβή και αληθή.

(β) Έχω ενημερωθεί από τον Σ.Υ.Τ.Α. για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, που αναφέρονται στην παρούσα, με σκοπό τη διαβίβασή τους στον Όμιλο Ευρωκλινικής για τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα παροχών υγείας του.

(γ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στον Σ.Υ.Τ.Α., να διαβιβάσει τα ανωτέρω δεδομένα μου στον Όμιλο Ευρωκλινικής για τους σκοπούς συμμετοχής μου στο πρόγραμμα παροχών υγείας του.

*Σημειώνεται ότι τυχόν ανάκληση της ανωτέρω συγκατάθεσης δεν αφορά σε ήδη εκτελεσθείσα επεξεργασία, ενεργεί μόνο για το μέλλον και συνεπάγεται τη μη συνέχισή απόλαυσης των προνομίων του προγράμματος υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής εκ μέρους σας.

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

(Υπογραφή)

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΟΜΙΛΟΥ

HELLENIC HEALTHCARE GROUP

(METROPOLITAN HOSPITAL, METROPOLITAN GENERAL, ΜΗΤΕΡΑ, ΥΓΕΙΑ)

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΛΛΟΓΟ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Σ.Υ.Α.)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ (Α.Μ.)

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

Κιν.τηλέφωνο _____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ μόνον τα ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ που είναι ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ

- Είτε στο ομαδικό ασφαλιστήριο των υπαλλήλων της Attica Bank ΣΤΗΝ INTERAMERICAN
- Είτε σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο νοσοκομειακής περίθαλψης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

Με την παρούσα, αιτούμαι υπό την ιδιότητά μου ως μέλος του **Σ.Υ.Τ.Α.** τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα παροχών του Ομίλου **HELLENIC HEALTHCARE GROUP**, με τον οποίο έχει έρθει σε συμφωνία ο **Σ.Υ.Τ.Α.** και δηλώνω ότι :

(α) Τα στοιχεία μου είναι πλήρη, ακριβή και αληθή.

(β) Έχω ενημερωθεί από τον **Σ.Υ.Τ.Α** για την συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, που αναφέρονται στην παρούσα, με σκοπό τη διαβίβασή τους στον Όμιλο **HELLENIC HEALTHCARE GROUP** για τη συμμετοχή μου και των μελών της οικογενείας μου στο πρόγραμμα παροχών υγείας του.

(γ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στον **Σ.Υ.Τ.Α.**, να διαβιβάσει τα ανωτέρω δεδομένα στον Όμιλο **HELLENIC HEALTHCARE GROUP** για τους σκοπούς συμμετοχής στο πρόγραμμα παροχών υγείας.

(δ) Το σύνολο των ανωτέρω αναφερομένων προσώπων καλύπτεται από ασφαλιστήριο συμβόλαιο νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο αιτών / Η αιτούσα

(Ημερομηνία)

(Υπογραφή – Όνοματεπώνυμο)

*Σημειώνεται ότι τυχόν ανάκληση της ανωτέρω συγκατάθεσης δεν αφορά σε ήδη εκτελεσθείσα επεξεργασία, ενεργεί μόνο για το μέλλον και συνεπάγεται τη μη συνέχιση απόλαυσης των προνομίων του προγράμματος υγείας του Ομίλου HELLENIC HEALTHCARE GROUP εκ μέρους σας.

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

- ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ
- ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 - ΙΑΤΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟΥ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ
 - ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΛΛΟΓΟ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Σ.Υ.Τ.Α.)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ (Α.Μ.)

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

Κινητό τηλέφωνο _____

Ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) _____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ μόνον τα ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ που είναι ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ

- Είτε στο ομαδικό ασφαλιστήριο των υπαλλήλων της Attica Bank στην INTERAMERICAN
- Είτε σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο νοσοκομειακής περίθαλψης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο _____

Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____

ΑΜΚΑ _____

Με την παρούσα, αιτούμαι υπό την ιδιότητά μου ως μέλος του **Σ.Υ.Τ.Α.** τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα παροχών του **ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**, με τον οποίο έχει έρθει σε συμφωνία ο **Σ.Υ.Τ.Α.** δηλώνοντας ότι :

- (α) Τα στοιχεία μου είναι πλήρη, ακριβή και αληθή.
- (β) Έχω ενημερωθεί από τον **Σ.Υ.Τ.Α** για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, που αναφέρονται στην παρούσα, με σκοπό τη διαβίβασή τους στον **ΟΜΙΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ** για τη συμμετοχή μου και των μελών της οικογενείας μου στο πρόγραμμα παροχών υγείας του.
- (γ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στον **Σ.Υ.Τ.Α.**, να διαβιβάσει τα ανωτέρω δεδομένα στον **ΟΜΙΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ** για τους σκοπούς συμμετοχής στο πρόγραμμα παροχών υγείας.
- (δ) Το σύνολο των ανωτέρω αναφερομένων προσώπων καλύπτεται από ασφαλιστήριο συμβόλαιο νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο αιτών / Η αιτούσα

(Ημερομηνία)

(Υπογραφή – Όνοματεπώνυμο)

*Σημειώνεται ότι τυχόν ανάκληση της ανωτέρω συγκατάθεσης δεν αφορά σε ήδη εκτελεσθείσα επεξεργασία, ενεργεί μόνο για το μέλλον και συνεπάγεται τη μη συνέχιση λήψης των προνομίων του προγράμματος υγείας του **ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ** εκ μέρους σας.