

ΑΙΤΗΣΗ *

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....
Α.Δ.Τ.:.....
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
.....
ΑΦΜ.....
ΔΟΥ
IBAN
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ :.....
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ
EMAIL :

(Συμπληρώνονται όλα Υποχρεωτικά)

Εν,/...../202....

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το Τ.Α.Π.Α.Σ.Α., συναίνω και παρέχω την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

Σημείωση: Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr

ΠΡΟΣ

Τ.Α.Π.Α.Σ.Α

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ.

Τμήμα Ασφάλισης - Εσόδων

Παρακαλώ όπως μου επιστραφεί το ποσό των, ... ευρώ που πλήρωσα

Υποβάλω συνημμένα:

-
-
-
-
-

ΥΠΕΥΘΥΝΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Υπογράφοντας την παρούσα αίτηση, και με ατομική μου ευθύνη, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι για τα ποσά που αιτούμαι να μου επιστραφούν αχρεωστήτως με την παρούσα, δεν έχω υποβάλει άλλο αίτημα επιστροφής και δεν τα έχω εισπράξει ως αχρεωστήτως καταβληθέντα από το Ταμείο σας. **

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....
(Υπογραφή)

(**) Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.