

Τ.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.

ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Καθολικός διάδοχος

του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. ΤΑ.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22 – 10433 ΑΘΗΝΑ

Λιεύθουνη Μητρούου

Τηλ.: 210-5226240

Fax: 210-5243041

E-mail: apografiko@tayfe.gr

https://www.tayfe.gr

Ημ/νία: _____

Αρ. Πρωτ : _____

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΟΣΤΑΛΕΙ ΕΩΣ 31 /7/ 2019)

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΛΕΥΚΟ ΠΕΔΙΟ ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ)

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ												
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Τ.Α.Υ.Φ.Ε.												
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)												
Α.Μ.Κ.Α. (11ψήφιος)												
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ												
Α.Φ.Μ. (9ψήφιος)												
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ								
ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ								
ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΡΟΣ				ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ								
ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ				ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ								
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ				ΦΥΛΟ		ΑΝΤΡΑΣ				ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ			ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ			ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ						
ΑΡΙΘΜΟΣ				ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ				ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
						ΔΗΜΟΣ		ΝΟΜΟΣ		ΧΩΡΑ		
		/...../.....									

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
ΟΔΟΣ -ΑΡΙΘ.		ΤΑΧ. ΚΩΔ.	Τ.Θ.	ΔΗΜΟΣ	ΝΟΜΟΣ
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ		e-mail	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
ΑΓΑΜΟΣ		ΕΓΓΑΜΟΣ		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ

4. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ			
Πότε εργαστήκατε πρώτη φορά και ενταχθήκατε σε ασφάλιση κύριου φορέα; (ΕΦΚΑ τ έως ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΑΑ κ.λ.π.)		Πότε ασφαλιστήκατε πρώτη φορά στα ασφαλιστικά ταμεία του Φαρμάκου; (ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ - Κλάδος Πρόνοιας, ΤΑΠΙΤ ΝΠΔΔ, ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ)	
Ημερομηνία /...../..... (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΤΟ ΕΤΟΣ)		Ημερομηνία /...../..... (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΤΟ ΕΤΟΣ)	
Στην περίπτωση που ασφαλιστήκατε πρώτη φορά σε χώρα εκτός Ελλάδος, συμπληρώστε :			
ΧΩΡΑ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ				
Σήμερα εργάζεστε στον κλάδο του Φαρμάκου;		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝΕΡΓΟΣ
Αν ΝΑΙ: (συμπληρώστε)	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ			
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ		Ημερομηνία Πρόσληψης/...../.....
Αν ΟΧΙ: (συμπληρώστε)	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (εκτός Φαρμάκου)			
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ		Ημερομηνία Πρόσληψης/...../.....

6. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΠΕΡΙΟΧΗ / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ

7. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΚΛΑΔΟ ΑΠΟ ΕΝΑΡΞΕΩΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
	ΑΠΟ	ΕΩΣ	

Ημερομηνία/...../.....

Δηλώνω υπεύθυνα την ορθότητα των ανωτέρω στοιχείων
Ο/Η ασφαλισμένος/η
(Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Κάθε ασφαλισμένος είναι υπεύθυνος για τα στοιχεία που δηλώνει. Η συμπλήρωση του παρόντος απογραφικού είναι υποχρεωτική και απαιτείται για την ενημέρωση των στοιχείων σας στο μητρώο του Ταμείου και τη δημιουργία Ατομικών Μερίδων, και δεν επέχει θέση ανακεφαλαίωσης και ελέγχου χρόνου ασφάλισης τα οποία γίνονται από την υπηρεσία είτε κατά το χρόνο συνταξιοδότησης είτε κατά τον έλεγχο της επιχείρησης είτε σε περίπτωση καθολικής ανακεφαλαίωσης και ελέγχου χρόνου ασφάλισης. Τυχόν απόκρυψη χρόνου απασχόλησης σε φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι σε βάρος σας.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνουμε ότι το ΤΑΥΦΕ συλλέγει και επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, που απαιτούνται για την εκπλήρωση των καταστατικών του σκοπών. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται βάσει του καταστατικού του Ταμείου, του νομοθετικού πλαισίου που διέπει το ΤΑΥΦΕ και σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ - GDPR) 2016/679. Το Ταμείο σέβεται την ιδιωτικότητα σας και αντιμετωπίζει τα προσωπικά σας δεδομένα με απόλυτη εμπιστευτικότητα, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες διαδικασίες σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ. Για περαιτέρω πληροφορίες μπορείτε να ενημερωθείτε μέσω της Πολιτικής Απορρήτου, την οποία θα βρείτε αναρτημένη στον ιστότοπο του Ταμείου μας (<https://www.tayfe.gr/>).