



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ  
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΩΝ ΚΑΙ ΛΙΜΕΝΙΚΩΝ  
(Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.Π.Λ. - Ν.Π.Ι.Δ.)

Α.Γ.Μ.Σ.:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

Ικτινίου 2, 105 52 – Αθήνα  
Τηλ. 210 5227 330 – Φαξ. 210 5248 397  
Ιστοσελίδα: [www.teaapl.gr](http://www.teaapl.gr) e-mail: [info@teaapl.gr](mailto:info@teaapl.gr)

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

### Στοιχεία μέλους

[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Αριθμός ταυτότητας	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.	Α.Μ.Κ.Α.
[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Επώνυμο	Όνομα		
[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Πατρώνυμο	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)		
[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Υπηρσία		- Νομός	
[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)			
[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]
Τηλέφωνα Υπηρσίας	Οικίας	Κινητό	e-mail:
Τράπεζα: _____	IBAN: _____		

Παρακαλώ να με διαγράψετε από μέλος του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης Ελλ. Τμήματος Διεθνούς Ένωσης Αστυνομικών, Πυροσβεστών και Λιμενικών και να μου αποδώσετε το ποσό της Ατομικής μου Μεριδας από τον Κλάδο Εφάπαξ.  
Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των Καταστατικών διατάξεων του Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.Π.Λ.

### Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :

- Φ/Ο 1<sup>ης</sup> σελίδας προσωπικού τραπεζικού λογαριασμού όπου αναγράφονται τα στοιχεία του δικαιούχου
- Απόφαση αποστρατείας (για τους απόστρατους)

Τόπος, Ημερομηνία

υπογραφή μέλους

Συμπληρώνονται από το Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.Π.Λ.

Αριθμός μέλους ΤΕΑΕΤΔΕΑΠΛ	
Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Ημερομηνία καταχώρησης	

Αντιπρόσωπος Νομού _____	
Όνοματεπώνυμο _____	Υπογραφή _____