

Αριθμ. Μητρ. Ε.Τ.Α.Ο.

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο (ως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας)	Όνομα	Φύλλο	
_____	_____	_____	A=Άρρεν, Θ=Θήλυ
Όνομα πατρός	Ημερ. Γέννησης (ηη/μμ/εεεε)	A.Δ.Τ.	A.Μ.Κ.Α.
_____	_____	_____	_____
Δ.Ο.Υ. υποβολής δήλωσης	Κωδ. Δ.Ο.Υ.	A.Φ.Μ.	
_____	_____	_____	
Οικογενειακή κατάσταση		Υπηκοότητα	
_____		_____	
_____ E=Έγγαμος/η, A=Άγαμος/η, Δ=Διαζευγμένος/η, X=Χήρος/α			
Αρ. Μητρ. Ο.Ε.Ε.	Αρ. Αδείας Λογιστή Φοροτέχνη	Άλλη Ιδιότητα	
_____	_____	_____	
Συνταξιούχος: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός & Αριθμός	T.K.	Πόλη & Νομός
_____	_____	_____

Τηλέφωνα επικοινωνίας + Email

Κινητό	Οικίας	Άλλο	Ηλ. Διεύθυνση (e-mail)
_____	_____	_____	_____

Με ατομική μου ευθύνη, δηλώνω ότι:

Επιθυμώ τη μεταβολή της τριμηνιαίας μου εισφοράς για τον Κλάδο Εφάπαξ στο ποσό των € με ισχύ από την αρχή του επόμενου έτους.

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων του ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΩΝ (Ε.Τ.Α.Ο.) (Υ.Ο.Δ.Δ./Φ51020/20163/292/26.08.2004/ΦΕΚ Β' 1307), καθώς και τυχόν τροποποιήσεις έχουν υπάρξει, τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Με την παρούσα αίτηση αιτούμαι τη μεταβολή της τριμηνιαίας εισφοράς μου στον Κλάδο Εφάπαξ.

Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων θα προβώ σε άμεση έγγραφη ενημέρωση του Ταμείου με ευθύνη μου.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) &
ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (δηλ. συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση και οποιαδήποτε περαιτέρω χρήση αυτών), μέσω της αίτησης εγγραφής μου που έχω ήδη υποβάλλει από την έναρξη της ασφάλισής μου, από την οποία έλαβα γνώση και αποδέχομαι ρητά και κατηγορηματικά την πολιτική Απορρήτου, τις διατάξεις του Κανονισμού του Ταμείου και τους όρους επεξεργασίας όπως αυτοί διατυπώνονται, και του ενημερωτικού εντύπου στην ιστοσελίδα του Ταμείου.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.
- Συναινώ στην τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα μου σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε 2016/679) για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ, που αφορούν εμένα και προκύπτουν από την παρούσα αίτηση ή και συμπληρωματικών δεδομένων που δύναται να λάβει το Ταμείο μελλοντικά και είναι απαραίτητα τόσο για την ένταξη μου στο Ταμείο και για τη λειτουργία της όλης ασφαλιστικής μου σχέσης με το Ταμείο (όπως αυτή καθορίζεται τόσο από το Καταστατικό, όσο και από το κάθε φορά ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων) όσο και για τον υπολογισμό και την καταβολή παροχής από το ΕΤΑΟ, καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που δυνάμει σύμβασης με το Ταμείο έχει αναλάβει τη διαχείριση των ως άνω λειτουργιών του Ταμείου.

Επιπρόσθετα, δηλώνω ότι έλαβα γνώση πως για επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, νομιμοποιητική χρήση, το σκοπό, τη φύση της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων, το χρόνο διατήρησης, τους αποδέκτες και την πολιτική προστασίας αυτών καθώς και για τα δικαιώματά μου δύναμαι να ανατρέξω στο Ενημερωτικό Έντυπο, προσανατολισμένο στις επιταγές του Γενικού Κανονισμού της Ε.Ε. 2016/679, που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.etao.gr/.....>

Τέλος, αποδέχομαι ότι σε περίπτωση χρήσης του δικαιώματος ανάκλησης συγκατάθεσης μου, αυτό θα συνεπάγεται αυτόματα τη διακοπή της ασφάλισής μου στο Ταμείο και συνεπώς την άμεση διαγραφή μου από αυτό, με την επιφύλαξη της διατήρησης των προσωπικών μου δεδομένων μέχρι τη θεμελίωση του δικαιώματός μου για την λήψη παροχής και την καταβολή αυτής.

Υπογραφή μέλους

(τόπος και ημερομηνία συμπλήρωσης / υπογραφής / αποστολής)