

ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

(σύμφωνα με άρθρα 4 και 21 του καταστατικού του TEA της INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. – Ν.Π.Ι.Δ.)

Ο κάτωθι υπογράφων, ως νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρίας με την επωνυμία:.....
και με Κωδικό Συνεργάτη - Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή στην INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α., έχοντας λάβει γνώση του καταστατικού του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης «TEA της INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. – Ν.Π.Ι.Δ.» και ειδικότερα των άρθρων 4 και 21 αυτού, δηλώνω δια της παρούσης ότι τα πρόσωπα που δικαιούνται να ασφαλισθούν στο εν λόγω TEA είναι τα κάτωθι σύμφωνα με τα κατωτέρω αναφερόμενα ποσοστά συμμετοχής.

Στοιχεία Προσώπων που δικαιούνται να ασφαλισθούν				
Επώνυμο	Όνομα	Α.Φ.Μ.	Ιδιότητα	Ποσοστό
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	
			<input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος <input type="checkbox"/> Μέλος Δ.Σ.	

Υπογραφή Νομίμου Εκπροσώπου

(Τόπος και Ημερομηνία συμπλήρωσης / υπογραφής / αποστολής)