**ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ**

Του(ης) Φαρμακοποιού

Επώνυμο……………………………..........Όνομα..........................................................Όνομα πατρός…………………………….

Διεύθυνση:……………………………….……………………………………………Τ.Κ:.………………………………………

Πόλη-Περιοχή:……………………………

Τηλέφωνο:………………………………..

Κιν.Τηλέφωνο:……………………………FAX:……………………………………...

E-MAIL:………………………………….

Α.Φ.Μ……………………………………

Δ.Ο.Υ.……………………………………

ΤΣΑΥ:……………………………………

ΑΜΚΑ:…………………………………..

Αρ. Λογαριασμού (IBAN)

Τράπεζας Πειραιώς:

……………………………………………

Κωδικός Διανεμητικού: ………

Αρ. Πρωτ: ………

 ΠΡΟΣ:

Λογαριασμό Ενίσχυσης και Αλληλοβοήθειας Φαρμακοποιών Ημαθίας

Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την αίτηση μου στο σωματείο του Διανεμητικού Λογαριασμού Μελών του Φαρμακευτικού Συλλόγου Ημαθίας.

Συγχρόνως δηλώνω ότι αποδέχομαι τις διατάξεις του Καταστατικού και των αποφάσεων των οργάνων του Λ.Ε.Α.Φ.Η. (Διοικητικού Συμβουλίου,

Γενικών Συνελεύσεων) και παροχή εξουσιοδότησης στα αρμόδια όργανα αυτού, για την υποβολή των λογαριασμών εκτελέσεως των συνταγών στα αντίστοιχα Ασφαλιστικά Ταμεία και Οργανισμούς και ***την είσπραξη των εισφορών των μελών για τους υποβαλλόμενους λογαριασμούς εκτελέσεως συνταγών.***

Ο Λ.Ε.Α.Φ.Η. είναι υπεύθυνος για την επεξεργασία των παρεχόμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Ο Λ.Ε.Α.Φ.Η. επεξεργάζεται τα ως άνω προσωπικά δεδομένα των μελών του με σκοπό την εκπλήρωση των καθηκόντων του που του έχουν ανατεθεί από το νόμο προς το Δημόσιο συμφέρον, παρέχοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις για την προστασία των δεδομένων. Tα δεδομένα διαβιβάζονται κατά περίπτωση στα ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης στο αρμόδιο τμήμα της Περιφέρειας Ημαθίας, στον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο και σε κάθε άλλη αρμόδια αρχή σύμφωνα με τον νόμο. Προβλέπεται η διαγραφή των προσωπικών δεδομένων των μελών του Λ.Ε.Α.Φ.Η. δέκα έτη μετά την διαγραφή τους από το Μητρώου του Σωματείου. Διατηρείτε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας, εφ’ όσον αυτά δεν σχετίζονται με τη νόμιμη επεξεργασία στην οποία προβαίνει ο Λ.Ε.Α.Φ.Η. καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

 / / 20

………Αιτ…….

Υπογραφή:

Σφραγίδα: