

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΜΗΤΡΩΟΥ**

Διεύθυνση: ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 2

Τ.Κ. 49100 ΚΕΡΚΥΡΑ

ΤΗΛ: 26610 39813 - 80575

e-mail: [mitroo@corfucci.gr](mailto:mitroo@corfucci.gr)

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**…………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**………………………………………

**ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**…………………..…………….

**Δ/ΝΣΗ**:…………………………………………**ΑΡ:**…………………**ΤΚ:**………………………

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ:**………………………………….…………………………….……………………………………………………………………….………………………………………………….

**ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ UNIT LINKED**

…………………………………………………

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΤΗΛ:**……………………………………………

**E-MAIL:**………………………………………..

Κέρκυρα ……/……./ 20…….

Αριθ. Πρωτ.: ……………

**ΠΡΟΣ:** ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Προκειμένου να εγγραφώ στα Μητρώα Διαμεσολαβούντων στην ιδιωτική ασφάλιση ως:

…………………………………………………..

…………………………………………………...

…………………………………………………...

…………………………………………………...

Υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά βάσει του Ν.1569/85 όπως ισχύει, το ΠΑ 190/2006 όπως και την ΚΥΑ ΔΙΑΔΠ/ΦΑ 2.1/33230/ΦΕΚ3059/Β/02-12-2013 και τον Ν.4583/2018.

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ