



(Συμπληρώνεται από το ΤΣΙΟ / To be completed by TSIO)

Ε.Χ.Π.Ε. ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε (Α) το «ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ» να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζα να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από το «ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ». Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας.

Σημείωση: τα δικαιώματά σας αναφορικά με την εντολή αυτή, εξηγούνται σε έντυπο το οποίο μπορείτε να προμηθευτείτε από την τράπεζά σας.

S.E.P.A. DIRECT DEBIT AUTHORISATION

By signing this mandate form, you authorise (A) the "DOCTORS & DENTISTS PENSION FUND" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the "DOCTORS & DENTISTS PENSION FUND". As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Note: your rights regarding this authorisation are explained in a statement that you can obtain from your bank.

1. Ονοματεπώνυμο / Name: αρ. Ταυτότητας

2. Διεύθυνση / Address:
Οδός και αριθμός / Street name and number T. Κ./Postal code Πόλη / City

3. Όνομα τράπεζας / Bank Name:

4^A. Αριθμός Λογαριασμού (IBAN) /
Account Number (IBAN) :

4^B. Κωδικός BIC της τράπεζας / Bank BIC code: * ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΟ

5. Δικαιούχος/Beneficiary: **ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ** ΚΩΔ.ΔΙΚ/BEN.CODE

CY26ZZZ0038

6. Όνομα Μέλους/
Member Name :

Αριθμός Μητρώου Μέλους
Member Code

* ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΟ

7. Τρόπος πληρωμής / Type of payment : Επαναλαμβανόμενη πληρωμή / Recurrent payment ☒

8. Παρακαλώ υπογράψτε εδώ /
Please sign here :

Ημερομηνία /
Date : ____/____/____

Με την υπογραφή της εν λόγω εξουσιοδότησης, το "ΤΑΜΕΙΟ" θα διεκπεραιώνει τις οικονομικές υποχρεώσεις του μέλους σύμφωνα με τους Κανονισμούς του Ταμείου ΚΔΠ295/99 και ΚΔΠ157/2011. Ως εκ τούτου: α) Για οποιαδήποτε αλλαγή των παραπάνω πληροφοριών αναλαμβάνω άμεσα την ενημέρωση προς το "ΤΑΜΕΙΟ" και β) Η μη καταβολή του ποσού υποχρέωσης μου από την Τράπεζα για οποιοδήποτε λόγο εξακολουθεί να είναι ευθύνη δική μου.

By signing this authorisation, the "FUND" shall fulfill my financial obligations according to the terms and conditions of my membership as per Law KDP 295/99 and KDP 157/2011. Therefore in case of: a) any change of the above information I/we undertake to notify the "FUND" immediately and; b) non-payment of any amount due by the Bank for any reason I/we shall continue to be responsible for payment.

Παρακαλώ να επιστραφεί στο / Please return to :

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ «ΤΑΜΕΙΟ» / FOR «FUND» USE

ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ
Τ.Θ. 24949, Τ.Κ.1305 - Λευκωσία
Τηλ.# 22 456202 Φαξ.# 22 456046
Email:info@cytsi.org