

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 7Γ1

Α Ι Τ Η Σ Η

(Όλα τα πεδία συμπληρώνονται υποχρεωτικά)

ΠΡΟΣ

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.

Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ Π.Σ.

ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ**ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ (Τ.Π.Υ.Π.Σ.)**

ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 48 - Τ.Κ. 104 38 ΑΘΗΝΑ

Α.Μ.

ΒΑΘΜΟΣ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

Α.Δ.Τ.....

Α.Μ.Κ.Α.....

Α.Φ.Μ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ

ΟΔΟΣ ΤΚ.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ

.....

ΤΗΛ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ:**IBAN ΤΡΑΠΕΖΑΣ ***

GR

*Για λογαριασμό IBAN διαφορετικό της **Εθνικής Τράπεζας**, υπάρχει επιβάρυνση δικαιούχου**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Τηλ. Σταθερό

Τηλ. Κινητό

(Για επικοινωνία με SMS)

Email :.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΑΝΕΙΩΝΠοσό: **2.000,27 €** /Δόση: **60,40 €** /Πληρωτέο: **1.928,26 €**Ποσό: **3.001,40 €** /Δόση: **90,63 €** /Πληρωτέο: **2.893,35 €**Ποσό: **4.002,86 €** /Δόση: **120,87 €**/Πληρωτέο: **3.858,76 €**Ποσό: **6.000,15 €** /Δόση: **181,18 €**/Πληρωτέο: **5.784,14 €****Παρακαλώ όπως μου εγκρίνετε και χορηγήσετε δάνειο** **2.000,27 € [Α]** **3.001,40 € [Β]** **4.002,86 € [Γ]** **6.000,15 € [Δ]**

Για τουλάχιστον τρία (3) έτη ασφάλισης [Ποσό Α]

Για τουλάχιστον δέκα (10) έτη ασφάλισης [Ποσό Α ή Β ή Γ]

Για τουλάχιστον είκοσι (20) έτη ασφάλισης [Ποσό Α ή Β ή Γ ή Δ]

Επιλέξτε μόνο ένα ποσό**Ο έκτακτος λόγος για τον οποίο αιτούμαι το δάνειο είναι:** Νοσηλεία, θεραπεία λόγω ασθένειας, Λουτροθεραπεία Τοκετός Θάνατος Γάμος Έκτακτη στεγαστική ανάγκηΕπιλέξτε **μία αιτία****ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΤΑ ΕΞΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:****α) Υπεύθυνη Δήλωση ν.1599/1986.** (Υπόδειγμα Ταμείου 7Γ2)**β) Φ/Α αναλυτικού μηνιαίου σημειώματος μισθοδοσίας** που αντιστοιχεί στο μήνα υποβολής της αίτησης.**γ) Φ/Α τραπεζικού λογαριασμού IBAN** οποιασδήποτε Τράπεζας με δικαιούχο τον αιτούντα.**δ) Παραστατικά που αποδεικνύουν την έκτακτη ανάγκη.**(Αναγράφονται υποχρεωτικά)

.....

.....

.....

ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**α) Χρεωστικό Ομόλογο (εις διπλούν), επέκον θέση δανειακής σύμβασης** (ΠΡΟΣΟΧΗ θα αποσταλεί μετά την έγκριση του δανείου).**β) Αποδεικτικό Φορολογικής Ενημερότητας χωρίς όρους παρακράτησης** (ΠΡΟΣΟΧΗ δεν θα υποβάλλεται, θα αναζητείται αυτεπάγγελα από το Ταμείο κατά το στάδιο της εκταμίευσης του δανείου).

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το ΤΑ.Π.Α.Σ.Α., συναινών και παρέχω την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπήτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

Σημείωση: Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr

.....

(Πόλη)

..... / / **2025**

(Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....