

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΟΝΟΜΑ .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ .....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....

Τ.Κ., ΠΕΡΙΟΧΗ.....

EMAIL:.....

ΤΗΛ.: .....

**Προς:** Ταμείο Αλληλοβοήθειας Υπαλλήλων  
Φαρμακευτικών Εργασιών  
Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.  
Μάρνη 22  
104 33 Αθήνα

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....  
του .....με ΑΔΤ ..... δηλώνω υπεύθυνα ότι  
είμαι ασφαλισμένος του Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ. και εσωκλείω στον φάκελο το ψηφοδέλιό μου  
με το οποίο ασκώ το εκλογικό μου δικαίωμα για την ανάδειξη των μελών του Διοικητικού  
Συμβουλίου και της Ελεγκτικής Επιτροπής του Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ. κατά τις αρχαιρεσίες, οι  
οποίες θα διεξαχθούν στις 3, 4 και 5 Μαΐου 2023.

Ο Δηλών/Η Δηλούσα