|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | |
|  |  | | Αθήνα, ……./…………./20……. | |

**Δήλωση φυσικού προσώπου για κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα |  |
| Ονοματεπώνυμο Πατέρα |  |
| Ονοματεπώνυμο Μητέρας |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας |  |
| Α.Φ.Μ. |  |
| Διεύθυνση κατοικίας |  |
| Οδός – Αριθμός |  |
| Πόλη |  |
| Ταχ. Κώδ. |  |
| Τηλ. επικοινωνίας |  |
| Οικίας |  |
| Εργασίας |  |
| Κινητό |  |
| IBAN του Τραπεζικού λογαριασμού () στην ALPHA BANK AE **(\*)** |  |
| IBAN του Τραπεζικού λογαριασμού **σε άλλη τράπεζα (\*)** |  |
| E-mail\*\* |  |

(\*) Συμπληρώνεται κατά περίπτωση ένα από τα δύο

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και αποδέχομαι οτι:

1. Το πληρωτέο ποσό που δικαιούμαι από τον ΕΛΚΕ/ΕΚΠΑ θα εμβάζεται στον ανωτέρω τραπεζικό λογαριασμό που δήλωσα.
2. Σε περίπτωση αλλαγής των ανωτέρω στοιχείων θα ειδοποιήσω έγκαιρα και εγγράφως τον ΕΛΚΕ/ΕΚΠΑ.
3. Θα προσκομίσω φωτοτυπία που θα δηλώνει ότι ο τραπεζικός λογαριασμός είναι στα στοιχεία μου.

\*\*εάν επιθυμείτε να ενημερώνεστε με e-mail από την Υπηρεσία μας για την εκτέλεση της πληρωμή σας παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε το πεδίο.

Ο/Η δηλών(ούσα)

*(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)*