



INTERNATIONAL POLICE ASSOCIATION- HELLENIC SECTION  
ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΙΚΤΙΝΟΥ 2-ΑΘΗΝΑ 10552  
ΤΗΛ.: +30 2105226295 FAX: +30 2105248397  
e-mail: ipahellenicsection@gmail.com

1.Α.Γ.Μ.Σ Ή ΤΑΥ/ΤΑ (ΑΠΟΣΤΡΑΤΟΙ) [ \_\_\_\_\_ ]

ΕΠΩΝΥΜΟ [ \_\_\_\_\_ ]

ΟΝΟΜΑ [ \_\_\_\_\_ ]

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ [ \_\_\_\_\_ ]

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ [ \_\_\_\_\_ ]

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ [ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ]

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ [ \_\_\_\_\_ ]

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΛ.ΑΣ [  ] Ε.Φ [  ] Σ.Φ. [  ]

ΥΠΗΡΕΣΙΑ [ \_\_\_\_\_ ]

**2. Δ/ΝΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΛΛΗ/ΦΙΑΣ:**

[Οδός \_\_\_\_\_ ]

\_\_\_\_\_ ΤΚ \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ \_\_\_\_\_.

**ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

ΟΙΚΙΑ [  ] ΥΠΗΡΕΣΙΑ [  ]

**3. ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ [ \_\_\_\_\_ ]

ΚΙΝΗΤΟ [ +3069 \_\_\_\_\_ ]

E-MAIL

[ \_\_\_\_\_ ]

ΗΜ. ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ [ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ]

ΗΜ ΑΠΟΛΥΣΗΣ(ΓΙΑ ΑΠΟΣΤΡΑΤΟΥΣ) [ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ]

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ [ \_\_\_\_\_ ]

ΤΟΠΙΚΗ ΔΙΟΚΗΣΗ [ \_\_\_\_\_ ]

**ΣΥΝΙΣΤΩΝΤΑ ΜΕΛΗ:**

1 [ \_\_\_\_\_ ]

2 [ \_\_\_\_\_ ]

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**ΜΕΛΟΥΣ**

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των καταστατικών διατάξεων της Ένωσης και παρακαλώ να με γράψετε μέλος στο Ελληνικό Τμήμα της Διεθνούς Ενώσεως Αστυνομικών (IPA)

**Σας γνωρίζω ότι αποδέχομαι:**

Α) το δικαίωμα εγγραφής, η ετήσια συνδρομή και οι λοιπές οικονομικές μου υποχρεώσεις έναντι της Διεθνούς Ένωσης Αστυνομικών να κρατούνται από τις αποδοχές μου μέσω της μισθοδοσίας.

Β) Να σας ενημερώνω για τις μεταβολές της διεύθυνσης κατοικίας μου. (προκειμένου για μεταθέσεις, αποστρατείες ή αλλαγές διεύθυνσης)

Γ) Επιτρέπω στη Διεθνή Ένωση Αστυνομικών να τηρεί στα μητρώα μελών της τα στοιχεία που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση, αφού η ΔΕΑ εγγυάται την προστασία των προσωπικών δεδομένων κάθε μέλους από οποιαδήποτε παράνομη πρόσβαση και αθέμιτη επεξεργασία καθώς και τη χρήση τους αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της Ενώσεως.

Επισυνάπτω πρόσφατη φωτογραφία τύπου διαβατηρίου (35X40 χιλ.) με πολιτική περιβολή για το δελτίο ταυτότητας και το αρχείο σε ηλεκτρονική μορφή.

Τόπος \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή)

ΗΜΕΡ. ΛΗΨΗΣ	
ΗΜΕΡ.ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	
Α.Μ. IPA	