|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ :ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**  ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………  ΟΝΟΜΑ: …………………………………….  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: …………………………  Α.Φ.Μ ……………………………………  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ………………………..  ΤΗΛ. : ………………………………………..  E-mail:…………………………………. | ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΧΙΟΥ    Υποβάλλω τα απαιτούμενα από τον Ν 4583/2018 δικαιολογητικά  και παρακαλώ να προβείτε στην ανανέωση της άδειά μου ως:     |  |  | | --- | --- | | * Ασφαλιστικός Πράκτορας |  | | * Συντονιστής Ασφαλιστικών Πρακτόρων |  | | * Μεσίτης Ασφαλίσεων και Αντασφαλίσεων |  | | * Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που ασκεί ως δευτερεύουσα δραστηριότητα την ασφαλιστική διαμεσολάβηση |  | |

Χίος…………………………

.. ΑΙΤ ……….

(υπογραφή)