Australian Government
Medicare Australia

Bank account details collection
Περισυλλογή στοιχείων τραπεζικού λογαριασμού

Σημαντικές πληροφορίες

Συμπληρώστε αυτό το έντυπο, εάν επιθυμείτε το Medicare Australia να καταγράψει και να αποθηκεύσει τα τραπεζικά σας στοιχεία για το σκοπό διενέργειας Πληρωμών Medicare σε σας.

Μπορείτε επίσης να δηλώσετε τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού:

- καλώντας το **132 011** (ισχύουν τέλη κλήσης)
- αυτοπροσώπως στο γραφείο του Medicare της περιοχής σας
- στο διαδύκτιο στο **www.medicareaustralia.gov.au/online**

Βοήθεια

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου καλέστε το **132 011** (ισχύουν τέλη κλήσης) ή επισκεφθείτε το **www.medicareaustralia.gov.au**

Υποβολή

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο στο:
Medicare Australia
GPO Box 9822
στην πρωτεύουσα της Πολιτείας σας

ή βάλτε το στο κουτί συλλογής στο γραφείο του Medicare της περιοχής σας.

Γράψτε με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ**

Σημειώστε όπου ισχύει ☑

Τα στοιχεία σας

1 Αριθμός κάρτας Medicare

Αριθμός αναφοράς. ☐

2 Κος ☐ Κα ☐ Δις ☐ Άλλο ☐

Επώνυμο

Μικρό Όνομα

3 Ημερομηνία Γέννησης

/ /

4 Διεύθυνση

Ταχυδρομικός Κώδικας

5 Αριθμός τηλεφώνου στη διάρκεια της ημέρας

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

@

6 Άλλα άτομα σε αυτή την κάρτα του Medicare που θα χρησιμοποιήσουν αυτό τον τραπεζικό λογαριασμό για τις πληρωμές τους

Όνομα	Αριθμός αναφοράς.

Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού

Επισήμανση: Οι πληρωμές δεν μπορούν να καταβληθούν σε λογαριασμούς πιστωτικής κάρτας, δάνειου ή στεγαστικού δανείου

7 Όνομα της τράπεζας, της εταιρείας κτηματικής πίστης ή της πιστωτικής ένωσης

Υποκατάστημα στο οποίο έχει ανοιχτεί ο λογαριασμός

Αριθμός υποκαταστήματος (BSB)

–

Αριθμός λογαριασμού (αυτό μπορεί να μην είναι ο αριθμός της κάρτας σας)

Ο λογαριασμός είναι στο όνομα (στα ονόματα)

Επισήμανση: Αν πρέπει να συγκαταριθμηθούν επιπλέον άτομα, να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με τις υπογραφές τους.

Συγκατάθεση

8 Τα άτομα άνω των 14 πρέπει να υπογράψουν για να υποδείξουν συγκατάθεση να πάνε σε αυτό το λογαριασμό οι πληρωμές τους

Υπογραφή — Ημερομηνία / /

Υπογραφή — Ημερομηνία / /

Υπογραφή — Ημερομηνία / /

Υπογραφή — Ημερομηνία / /

Δήλωση

9 Δηλώνω ότι:

Οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθινές και ακριβείς.
Θα ενημερώσω το Medicare Australia χωρίς καθυστέρηση για αλλαγές στα στοιχεία του προσωπικού μου τραπεζικού λογαριασμού.

Υπογραφή — Ημερομηνία / /

Επισήμανση για τα προσωπικά δεδομένα

Οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο θα χρησιμοποιηθούν για την καταχώρηση και την αποθήκευση των στοιχείων του τραπεζικού σας λογαριασμού με σκοπό την πραγματοποίηση ηλεκτρονικών πληρωμών σε εσάς από τα προγράμματα που διαχειρίζεται το Medicare Australia.
Η συλλογή των επιτρέπεται από το *Medicare Australia Act 1973*. Τα στοιχεία του προσωπικού σας τραπεζικού λογαριασμού θα γνωστοποιηθούν στο σχετικό χρηματοπιστωτικό ίδρυμα για να διευκολυνθούν οι πληρωμές προς εσάς και δεν θα αποκαλυφθούν σε οποιοδήποτε άλλο τρίτο φορέα εκτός αν επιτρέπεται ή απαιτείται από το νόμο.

1579a.13.03.09