



MEMBERSHIP APPLICATION FORM / ΕΝΤΥΠΟ ΜΕΛΟΥΣ

I hereby declare that I: (please tick one) / Δηλώνω ότι : (επιλέξτε ένα κουτάκι)

- Am of Greek Orthodox faith of Greek ancestry, reside in Northern Territory of Australia as time of membership and am 18 years or older;
Είμαι Έλληνας /ίδα Χριστιανός/ή Ορθόδοξος/η.
- Am the spouse of such a person outlined above;
Είμαι ο/η σύζυγος ατόμου όπως περιγράφετε ανωτέρω.

**Annual Membership is \$30 per Applicant over the age of 18. Pensioners are \$10.
Ετήσια εγγραφή για Ενήλικες \$30 και Συνταξιούχοι \$10.**

PERSONAL DETAILS / ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Applicant 1 / Αίτων 1 ID:		Title: <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Miss
First Name / Όνομα :		
Last Name / Επίθετο:		
Date of Birth / Ημ. γεννήσεως:		
Address / Διεύθυνση:		
Email / Ηλεκ. Διεύθυνση:		
Home Ph: / Τηλ. Οικίας :		
Mobile / Κινητό Τηλεφ.:		
Occupation / Επάγγελμα:		
Facebook:		
Applicant 2 / Αίτων 2 ID:		Title: <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Miss
First Name / Όνομα :		
Last Name / Επίθετο:		
Date of Birth / Ημ. γεννήσεως:		
Address / Διεύθυνση:		
Email / Ηλεκ. Διεύθυνση:		
Home Ph. / Τηλ. Οικίας :		
Mobile / Κινητό Τηλεφ.:		
Occupation / Επάγγελμα:		
Facebook:		

FAMILY MEMBERS / ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

	Name / Όνομα	Last Name / Επίθετο	Date of Birth/ Ημερ. Γεννήσεως	Contact / Επικοινωνία ie. email, mobile, facebook
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

How would you like GOCNA to contact you?

Πως θα προτιμούσατε η ΕΟΚΒΑ να επικοινωνεί μαζί σας;

post ταχυδρομικώς email ηλε. διευθυνση mobile κινητό τηλ. facebook

I allow G.O.C.N.A. to use my contact information for marketing & promotional services.
Επιτρέπω ΕΟΚΒΑ να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επαφής μου για μέλλουσες εκδηλώσεις και προσφορές.

I allow G.O.C.N.A. to notify my dependant(s) of upcoming Youth functions & events.
Επιτρέπω ΕΟΚΒΑ να επικοινωνήσει με τα παιδιά υπό την κηδεμονία μου για μέλλουσες εκδηλώσεις για εφήβους.

Applicant 1 Signature:

Υπογραφή Αίτων 1

Date:

Ημερομηνία

Applicant 2 Signature:

Υπογραφή Αίτων 2

Date:

Ημερομηνία

OFFICE USE

Membership: <input type="checkbox"/> +18 <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Pensioner	Amount Paid:	Date:
Receipt No.:	Date:	Signed:
Entered into Database:	Date:	Signed: