

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΜ / ΤΥΔΕ.....

ΑΜ/ ΤΑΝ.....

ΑΜΚΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ.....

ΣΥΛΛΟΓΟΣ.....

ΑΦΜ.....

ΔΟΥ.....

ΑΔΤ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘΜ....

ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘΜ.....

ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....

ΤΗΛ.....

FAX.....

e-mail.....

ΠΡΟΣ: **Ε.Τ.Α.Α. / Τ.Υ.Δ.Ε.**

Ηπείρου 64

104 39 Αθήνα

Τηλ. 210.88.11.337 εσωτ. 5 ή 7

Παρακαλώ για την υπαγωγή μου στη ρύθμιση του Ν.4321/15, άρθρο 28.

σεδόσεις

εφάπαξ εξόφληση

Δε βρίσκομαι σε ρύθμιση/παραιτούμαι από κάθε ρύθμιση που έχω υπαχθεί.

Σημείωση: Το 2014 έχει εξοφληθεί **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Γνωρίζω ότι:

1. Η καταβολή της **πρώτης** δόσης πρέπει να γίνει στην Ε.Τ.Ε. 5 ημέρες από την παραλαβή της ρύθμισης και εφόσον δεν είναι εργάσιμη την επόμενη εργάσιμη ημέρα. Οι επόμενες δόσεις καταβάλλονται έως το τέλος κάθε μήνα και εφόσον δεν είναι εργάσιμη την επόμενη εργάσιμη μέρα.
2. Η πρώτη δόση καταβάλλεται από τον οφειλέτη στην Ε.Τ.Ε.
3. Οι τρέχουσες ασφαλιστικές εισφορές πρέπει να καταβάλλονται εφάπαξ και εμπρόθεσμα καθ'όλο το διάστημα της ρύθμισης καταβολής των οφειλών και μέχρι της εξόφλησής τους.

Ημερομηνία.....

Ο αιτών / Η αιτούσα (υπογραφή-σφραγίδα)

FAX: 210-88.14.398