

ΑΙΤΗΣΗ

Για ρύθμιση οφειλών

ΑΜ ΤΥΔΕ

ΑΜ ΤΑΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΜΚΑ

ΑΦΜ /ΔΟΥ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΟΔΟΣ **ΑΡ.**

ΤΚ **ΠΟΛΗ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

FAX

E-MAIL

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΡΟΣ

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ να υπαχθώ στη ρύθμιση «Νέας Αρχής» του Ν.4152/2013-ΙΑ.2 & Ν.4158/2013 έως 30/6/.....

- Έχω καταβάλει τις τρέχουσες ασφαλιστικές εισφορές.
- Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται (υπεύθυνες δηλώσεις, πιστοποίηση ΕΤΕ κλπ) θα υποβληθούν σε 30 εργάσιμες μέρες από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- Υποβάλλω ασφαλιστικό βιβλιάριο ενσήμων:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Η καταβολή της α΄ δόσης πρέπει να γίνει σε επτά (7) εργάσιμες μέρες από την ειδοποίηση του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε.. Η ειδοποίηση του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε. επιθυμώ να γίνει με τον εξής τρόπο: φαξ e-mail

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

ΑΙΤΗΣΗ

Για ρύθμιση οφειλών

ΑΜ ΤΥΔΕ

ΑΜ ΤΑΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΜΚΑ

ΑΦΜ /ΔΟΥ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΟΔΟΣ **ΑΡ.**

ΤΚ **ΠΟΛΗ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

FAX

E-MAIL

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΡΟΣ

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ να υπαχθώ στην «Πάγια» ρύθμιση
του Ν.4152/2013-ΙΑ.1 & Ν.4158/2013 σε 12
δόσεις.

- Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται
(υπεύθυνες δηλώσεις, πιστοποίηση ΕΤΕ κλπ)
θα υποβληθούν σε 30 εργάσιμες μέρες από
την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- Υποβάλλω ασφαλιστικό βιβλιάριο ενσήμων:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Η καταβολή της α΄ δόσης πρέπει να γίνει σε
επτά (7) εργάσιμες μέρες από την ειδοποίηση
του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε.. Η ειδοποίηση του
Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε. επιθυμώ να γίνει με τον εξής
τρόπο: φαξ e-mail

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

ΑΙΤΗΣΗ

Για ρύθμιση οφειλών

ΑΜ ΤΥΔΕ

ΑΜ ΤΑΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΜΚΑ

ΑΦΜ /ΔΟΥ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΟΔΟΣ **ΑΡ.**

ΤΚ **ΠΟΛΗ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

FAX

E-MAIL

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΡΟΣ

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ να μου γνωρίσετε τις οφειλές μου για
εφάπαξ εξόφληση, προκειμένου να επωφεληθώ
της εκτύπωσης της ως 31/12/2012 οφειλής μου,
σύμφωνα με το Ν. 4152/13.

- Υποβάλλω ασφαλιστικό βιβλιάριο ενσήμων:
 ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ