

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.

Καθοδικός διάδοχος του τ. Τομέα Ε.Α.Υ.Φ.Ε. του τ. Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Ε.Α.Ι.Τ.

Έδρα: Χαλκοκονδύλη 56 | 104 32 | ΑΘΗΝΑ | www.teayfe.gr

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8, Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4, Ν.1599/1986).

Εάν η αίτηση – υπεύθυνη δήλωση αποσταλεί στο ΤΕΑΥΦΕ με ηλεκτρονικό μήνυμα (email), η ευθύνη για την προστασία του μηνύματος βαρύνει πλήρως και αποκλειστικά τον αποστολέα.

Αρ.Πρωτ. : *

Ημ/νια : *

*Συμπληρώνονται από το Φορέα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Επωνυμία / Επώνυμο :

.....

.....

Όνομα :

Ον. πατέρα :

Διακριτικός τίτλος :

.....

ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ: **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΗ ΟΦΕΙΛΗΣ**

(ασφαλιστική ενημερότητα)

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε βεβαίωση μη οφειλής (ασφαλιστική ενημερότητα) προς το Ταμείο σας, την οποία πρόκειται να χρησιμοποιήσω για:

σε αντίγραφα.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Οδός :

.....

Αριθμός : Τ.Κ.:

Πόλη :

Τηλέφωνο :

.....

Δηλώνω ότι προσκομίζω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Αποδείξεις 3 τελευταίων μηνιαίων πληρωμών.
2. Καταστάσεις ασφαλιστρων.

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΙΤΗΣΗΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ, ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΣΤΕ ΡΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΧΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.

Αθήνα, / / 20.....

Ο / Η ΑΙΤ..... και ΔΗΛ

* Στην περίπτωση που η παρούσα αίτηση – υπεύθυνη δήλωση αποστέλλεται, είναι απαραίτητη η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής σας από Δημόσια Αρχή.