ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.
Καθολικός 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

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Εάν το δελτίο απογραφής – μεταβολής στοιχείων εργοδότη 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*

Αριθμός Μητρώου Εργοδότη Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.						

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ:	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.	Α.Φ.Μ.

ΕΙΔΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΔΡΑΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ		
ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.
ΠΟΛΗ	ΝΟΜΟΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX	E-MAIL

ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX	E-MAIL

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ

1.

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:		
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΙΑΣ	Οδός:		Αρ.:	Τ.Κ.:
	Πόλη:	Νομός:		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ.:	Fax:	E-mail:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Α.Δ.Τ.:	Εκδούσα Αρχή:	Ημ/νία έκδοσης:	
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.:		Α.Φ.Μ.:		
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:		ΕΝΑΡΞΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ:		
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:				

2.

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:		
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΙΑΣ	Οδός:		Αρ.:	Τ.Κ.:
	Πόλη:	Νομός:		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ.:	Fax:	E-mail:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Α.Δ.Τ.:	Εκδούσα Αρχή:	Ημ/νία έκδοσης:	
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.:		Α.Φ.Μ.:		
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:		ΕΝΑΡΞΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ:		
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:				

3.

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:		
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΙΑΣ	Οδός:		Αρ.:	Τ.Κ.:
	Πόλη:	Νομός:		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ.:	Fax:	E-mail:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Α.Δ.Τ.:	Εκδούσα Αρχή:	Ημ/νία έκδοσης:	
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.:		Α.Φ.Μ.:		
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:		ΕΝΑΡΞΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ:		
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:				

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ									
Α/Α	**ΑΜΑ**	**ΕΠΩΝΥΜΟ**	**ΟΝΟΜΑ**	**ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ**	**Α.Φ.Μ.**	**ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ**	**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**	**ΑΣΦΑΛΙΣΗ**	
								ΚΥΡΙΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ
1						……. /……. /……...			
2						……. /……. /……...			
3						……. /……. /……...			
4						……. /……. /……...			
5						……. /……. /……...			
6						……. /……. /……...			
7						……. /……. /……...			
8						……. /……. /……...			
9						……. /……. /……...			
10						……. /……. /……...			
							ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ		

Δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Ν. 1599/86 ότι τα στοιχεία που αναγράφονται σε όλες τις σελίδες του παρόντος εντύπου είναι αληθή.

Δηλώνω ότι προσκομίζω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. **Καταστατικό εταιρείας**
2. **Έναρξη εργασιών από Δ.Ο.Υ.**
3. **Άδεια λειτουργίας φαρμακείου από την Νομαρχία**
4. **Κάρτες πρόσληψης από ΟΑΕΔ**
5. **Κατάσταση ωρών εργασίας**

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ, ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΣΤΕ ΡΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.

……

Ο Δηλών εργοδότης ή ο πληρεξούσιός του

……

Ονοματεπώνυμο – Σφραγίδα

*** Στην περίπτωση που το παρόν δελτίο απογραφής – μεταβολής στοιχείων εργοδότη αποστέλλεται, είναι απαραίτητη η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής σας από Δημόσια Αρχή.**