

Ο.Α.Ε.Ε.

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦ/ΝΩΝ Ο.Α.Ε.Ε.**

ΑΠΟ.....

1. Επί Ατομικών Επιχειρήσεων
 2. Επί Εταιριών Ο.Ε. & Ε.Ε
 3. Επί Ε.Π.Ε. & Ανώνυμων Εταιριών
 4. Άλλο

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Α.Φ.Μ	ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ			
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ		ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ		ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	Να διαγραφεί το μη ισχύον	
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ *		ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ	ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ		ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ *

ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε.	
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
Όνοματεπ/μο :	Αριθμός.....
Υπογραφή	Ημερομηνία Παραλαβής.....
	Συνημμένα.....

Ημ/νία:...../...../.....
 Ο/Η Αιτ.....

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία