

Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦ/ΝΩΝ Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΠΟ.....

- | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | Συμμετοχή σε Ομόρρυθμη ή Ετερόρρυθμη Εταιρία | 4. <input type="checkbox"/> | Συμμετοχή σε άλλες Ενώσεις Προσώπων |
| 2. <input type="checkbox"/> | Συμμετοχή σε ΕΠΕ, ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ, ΑΕ | 5. <input type="checkbox"/> | Για άσκηση Επαγγελματικής, Βιοτεχνικής Δραστηριότητας - Ατομικά |
| 3. <input type="checkbox"/> | Συμμετοχή σε Κοινοπραξία | 6. <input type="checkbox"/> | 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 ΟΑΕΕ							

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) Α.Μ.Κ.Α. :

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"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<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.	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ Αριθμός..... Ημερομηνία Παραλαβής..... Συνημμένα.....
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ	
Όνοματεπ/μο :.....	
Υπογραφή	

*ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ...../...../.....
Ο/Η ΑΙΤ.....