

...../...../20.....

Αριθμ. Πρωτ.....

Α Ι Τ Η Σ Η

Για έλεγχο και ρύθμιση οφειλών εργοδοτών που διατηρούν επαγγελματική εγκατάσταση ή δραστηριότητα στις σεισμόπληκτες περιοχές (άρθρο 4 παρ. 2 ν. 2556/97, Κ.Υ.Α. Φ14/οικ. 333/6-3-98)

Στοιχεία Επιχείρησης:	ΠΡΟΣ
Επωνυμία.....	Το Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.
A.M.E./A.M.O.E.....	Παρακαλώ, όπως διενεργήσετε έλεγχο και προβείτε στη ρύθμιση των τυχόν οφειλών μου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 4 παρ. 2 Ν. 2556/97.
Είδος Επιχ/σης.....	Σας επισυνάπτω τα απαραίτητα για τον έλεγχο στοιχεία.
Εποχικότητα ΝΑΙ/ΟΧΙ	
A.Φ.Μ.....	Ο/Η ΑΙΤ..... (Υπογραφή – Ονομ/μο – Σφραγίδα)
Δ/νση Επιχείρησης.....	
Τηλ... :	
Στοιχεία Υπευθύνου:	
Ιδιότητα στην Επιχείρηση:	
Επώνυμο.....	
Όνομα.....	
Όν. Πατρός.....	
Όν. Μητρός.....	
Αριθμ. Ταυτότητας.....	
Ημ/Εκδοσης.....	
Έκδ. Αρχή.....	
A.Φ.Μ.....	
Δ/νση Κατοικίας.....	
Τηλ... :	
Κινητό:.....	

* Τα παρακάτω πεδία συμπληρώνονται από την υπηρεσία:

Ρύθμιση οφειλών μέχρι/...../20....

Συνημμένα(.....) Υπηρεσιών Σημείωμα/τα

Ημερομηνία/...../20....

Ο Προϊστάμενος Εσόδων

(υπογραφή - σφραγίδα Υποκ/τος)