ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΜΙΣΘΩΤΟΙ ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	13,83%	1,67%	15,50%
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	4,55%	2,55%	7,10%
Ο.Α.Ε.Δ.- Ο.Ε.Κ.-Ο.Ε.Ε.	3,68%	3,28%	6,96%
ΣΥΝΟΛΟ	22,06%	7,5%	29,56%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΜΕΤΑΚΛΗΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΤΡΙΤΩΝ ΧΩΡΩΝ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	13,83%	1,67%	15,50%
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	4,55%	2,55%	7,10%
Ο.Α.Ε.Δ.- Ο.Ε.Κ.-Ο.Ε.Ε.	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	18,38%	4,22%	22,60%

ΕΝΤΥΠΟ Α1

ΑΔΑ: ΩΞ5Λ465ΧΠΙ-ΖΓ3

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΗΜ. ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ |___|___| ___|___| ___|___| |___|___|* |___|___|*|___|___|*
ημέρα μήνας έτος αντικώδικες

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗΣ

ΤΟΠ./ΔΗΜ. ΚΟΙΝ. ……..

ΝΟΜΟΥ …… |___|___|___|___|___| |___| * ΑΡ.. ΠΡΩΤΟΚ. |___|___|___|___|___|

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ Ν.1599/86)

ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ: |__|__| (Συμπληρώνεται το είδος της απογραφόμενης μονάδας:
φυσικό πρόσωπο = 98, έδρα επιχ/σης = 99, υποκατάστημα επιχ/σης = 97)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ή ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ _____ _____ _____
Όνομα Όν. πατέρα

Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.** _____

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ _____ |__|__| *

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΠΙΧ/ΣΗΣ _____ _____ _____
Επώνυμο Όνομα Όν. πατέρα

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ. / ΔΙΑΒΑΤ. |_____| |___|* **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ** |_____| |_____|
(Εργοδότη ή νομίμου εκπροσώπου) ενδ. Τηλέφωνο FAX

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

_____ _____ |__|__|__|__|__| |__|*
Νομός Δήμος / Κοιν. Κωδ. Κοιν. αντ.

_____ _____ _____ _____ |___|___|* |___|___|___|___|___| |__|*
Συνοικία / Οικισμός οδός αριθμ. Ταχ. Γραφείο Α/Α ταχ/κας αντ.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΚ/ΤΟΣ _____ _____ |___|___|___|___|___| |___|*
Νομός Δήμος / Κοιν. Κωδ. Κοιν. αντ.

_____ _____ _____ _____ |__|___|* |__|___|___|___|___| |___|*
Συνοικία / Οικισμός οδός αριθμ. Ταχ. Γραφείο Α/Α ταχ/κας αντ.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ |_____| |_____|
Τηλέφωνο FAX

Ο ανωτέρω αναφερόμενος εργοδότης / νόμιμος εκπρόσωπος της επιχείρησης ή του υποκαταστήματος της επιχείρησης, δηλώνω υπεύθυνα γνωρίζοντας τις συνέπειες για ψευδή δήλωση ενώπιον Δημόσιας Αρχής, ότι:

1) Είμαι ιδιοκτήτης ατομικής εκμετάλλευσης / νόμιμος εκπρόσωπος της ανωτέρω επιχείρησης / του ως άνω υποκ/τος.

2) Δηλώνω ότι από ……./……./…… μέχρι σήμερα, απασχολούνται συνολικά στην ατομική επιχείρησή μου / στην ανωτέρω επιχείρηση / υποκατάστημα …… |___|___|___| |___| * εργαζόμενοι, οι οποίοι υπάγονται στην ασφάλιση
(συμπληρώνεται ολογράφως και αριθμητικά ο αριθμός των απασχολούμενων)
του ΟΓΑ σύμφωνα με τις διατάξεις **των παρ. 1 και 10 του αρθ. 7 του Ν.3232/2004, όπως ισχύει και των άρθρων 5 και 6 του Ν.4018/2011, όπως ισχύει.**

3) Από τους ως άνω απασχολούμενους, ……..…….. |__|__|__| |__|* είναι μετακλητοί, και προκατέβαλα συνολικά
(συμπληρώνεται ολογράφως και αριθμητικά ο αριθμός των μετακλητών) αντ.

το ποσό των ……..…….. |___|___|___|___|___|, |___|___| €. Αναλυτικά :
(ολογράφως) (αριθμητικώς)

α.. για |___|___|___| μετακλητούς του ν. 3232/2004, προκατέβαλα |___|___|___|___|___|, |___|___| €

β . για |___|___|___| εποχιακούς του ν. 4018/201, προκατέβαλα |___|___|___|___|___|, |___|___| €

γ. για |___|___|___| αλιεργάτες του ν. 4018/2011, προκατέβαλα |___|___|___|___|___|, |___|___| €
(αριθμός μετακλητών) (αριθμητικώς)

4) Επισυνάπτω Βεβαίωση Απασχόλησης και τα άλλα απαιτούμενα δικαιολογητικά για κάθε απασχολούμενο και δηλώνω ότι εφεξής για κάθε νέα πρόσληψη θα υποβάλλω στον ΟΓΑ Βεβαίωση Απασχόλησης και τα λοιπά δικαιολογητικά μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την έναρξη αυτής.

……../……/20…..

Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής Ο ΔΗΛΩΝ

Στοιχεία που συμπληρώνονται από τον ΟΓΑ
Υποθέσεις για μηχανογραφική επεξεργασία

|___|___|___| αντ. |___|* |___|___|___| αντ. |___| *
Σύνολο απασχ/νων **Σύνολο Μετακλητών (α+β+γ)**

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ Α1

Το έντυπο ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ συμπληρώνεται σε τρία (3) αντίτυπα από τον εργοδότη στον οποίο **απασχολείται** ο εργαζόμενος (φυσικό πρόσωπο ή έδρα της επιχείρησης ή Υποκατάστημα της επιχείρησης, ανάλογα).
Τα στοιχεία που επισημαίνονται με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται από την Υπηρεσία.

ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο (ατομική επιχείρηση) συμπληρώνεται η ένδειξη **98.** Αν πρόκειται για επιχείρηση (ΟΕ, ΕΕ, ΑΕ, ΕΠΕ κ.λ.π.) συμπληρώνεται η ένδειξη **99.** Αν η επιχείρηση έχει και Υποκαταστήματα η απογραφή γίνεται ξεχωριστά για την έδρα και ξεχωριστά για κάθε Υποκατάστημα. Για την έδρα συμπληρώνεται η ένδειξη **99** και για τα Υποκαταστήματα η ένδειξη **97.**

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ Ή ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο συμπληρώνονται τα στοιχεία του – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.
Αν είναι επιχείρηση, συμπληρώνεται η πλήρης επωνυμία της, όπως προκύπτει από επίσημα έγγραφα (έναρξη Δ Ο Υ , ΦΕΚ, καταστατικό κ.λ.π.) κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης .

Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά**, με ευκρινή στοιχεία και **σωστά** ο αριθμός φορολογικού μητρώου του εργοδότη (φυσικό πρόσωπο) ή της επιχείρησης, ανάλογα.

ΑΡΜΟΔΙΑ Δ Ο Υ: Συμπληρώνεται η αρμόδια Δ..Ο.Υ. του εργοδότη (φυσικό πρόσωπο) ή της έδρας της επιχείρησης.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Συμπληρώνεται συνοπτικά η δραστηριότητα της επιχείρησης

(π.χ. πτηνοτροφείο, αλιευτική εκμετάλλευση παράκτιας αλιείας κ.λ.π.).

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται σε περίπτωση απογραφής επιχείρησης. Αναγράφονται τα πλήρη στοιχεία του **υπευθύνου της επιχείρησης** – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ, ασχέτως αν έχει εξουσιοδοτήσει, άλλο πρόσωπο να συμπληρώσει υπογράψει και καταθέσει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την απογραφή. Αν οι υπεύθυνοι είναι περισσότεροι του ενός (π.χ. ΑΕ με 5 μέλη Δ.Σ.), με ειδικό έγγραφο θα ανατίθεται η εκπροσώπηση του εργοδότη σε ένα πρόσωπο.

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: Συμπληρώνεται υποχρεωτικά. Εάν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο, αναγράφεται ο Α.Μ.Κ.Α. του εργοδότη. Εάν είναι επιχείρηση, ο Α.Μ.Κ.Α. του νόμιμου εκπροσώπου της.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: Αναγράφεται ο αριθμός αστυνομικής ταυτότητας ή ο αριθμός διαβατηρίου του εργοδότη ή του νομίμου εκπροσώπου της επιχείρησης, ανάλογα.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: Συμπληρώνονται οι αριθμοί τηλεφώνου & FAX του Εργοδότη.

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο συμπληρώνεται η **διεύθυνση κατοικίας** του.
Αν είναι επιχείρηση, συμπληρώνονται απαραιτήτως όλα τα πεδία με στοιχεία για τη σημερινή διεύθυνση **της έδρας** της επιχείρησης.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Συμπληρώνεται μόνο όταν γίνεται απογραφή Υποκαταστήματος /Μονάδας Παραγωγής Επιχείρησης. Στην περίπτωση αυτή στο **ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ** έχει τεθεί η ένδειξη 97 και στα πεδία της ενότητας 3 συμπληρώνονται το όνομα του Υποκαταστήματος και όλα τα στοιχεία της διεύθυνσής του.

ΕΝΤΥΠΟ Α2

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΗΜ. ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ |___|___| ___|___| ___|___| |___|___|* |___|___|*|___|___|*
ημέρα μήνας έτος αντικώδικες
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗΣ
ΤΟΠ./ΔΗΜ. ΚΟΙΝ. ……..
ΝΟΜΟΥ …… |___|___|___|___|___| |___|* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ. |___|___|___|___|___| Α/Α |___|___|___|

ΑΤΟΜΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ: |___|___| (Συμπληρώνεται το είδος της απογραφόμενης μονάδας : φυσικό πρόσωπο = 98, έδρα επιχ/σης = 99, υποκατάστημα επιχ/σης = 97)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Α.Φ.Μ. . |___|___|___|___|___|___|___|___|___| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (Α.Μ.Ε.):** |___|___|___|___|___|___|___|___|___| |___|*|___|*
(Ο Α.Μ.Ε. της μονάδας απασχόλησης συμπληρώνεται υποχρεωτικά όταν έχει δοθεί από τον ΟΓΑ)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ή ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ _____ _____ _____
Όνομα Όν. πατέρα

ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ _____
(συμπληρώνεται σε περίπτωση που η μονάδα στην οποία απασχολείται ο εργαζόμενος είναι υποκατάστημα)

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΥ

Α.Μ.Κ.Α. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Α.Φ.Μ. |___|___|___|___|___|___|___|___|___| **Α.Μ. ΟΓΑ** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| |___|* |___|* |___|___|___|
Κωδ. Κοιν. Αριθ. Μητρώου αντ. Αρχικά

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ _____ _____ _____
Επώνυμο Όνομα Όν. πατέρα Όν. μητέρας

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|* |___|___|* |___|* | _____ | |___|*
Ημ. Μην. Έτος Αντικώδικες Πλασματική **ΑΡ. Α.Τ. / ΔΙΑΒ. / ΑΔ. ΠΕΡ. / Ε.Ε../ Δ.Τ.Ο.** ένδ.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ _____ |___|___|*
Κωδ.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ($5^{η}$ /$6^{η}$ /$7^{η}$) _____ |___|* |___|*

ΜΕΤΑΚΛΗΤΟΣ (ΝΑΙ/ΟΧΙ) …… |___|___| * **(27:** Οχι, **18** :Ν. 3232/2004 **36 :** Εποχιακός/Αλιεργάτης Ν. 4018/11).

ΕΝΑΡΞΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ/ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: |___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|* |___|___|* |___|___|*
Ημ. Μην. Έτος Αντικώδικες

ΔΙΑΚΟΠΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: |___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|* |___|___|* |___|___|*
Ημ. Μην. Έτος Αντικώδικες

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____ _____ |___|___|___|___|___| |___|*
Νομός Δήμος / Κοιν. Κωδ. Κοιν. αντ.

_____ _____ _____ _____ |___|___|* |___|___|___|___|___| |___|*
Συνοικία / Οικισμός οδός αριθμ. Ταχ. Γραφείο Α/Α ταχ/κας αντ.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΛΗΤΟ ΤΟΥ Ν.3232/04 Ή ΕΠΟΧΙΑΚΟ/ΑΛΙΕΡΓΑΤΗ ΤΟΥ Ν.4018/11

ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ: |___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|* |___|___|* |___|___|*
Ημ. Μην. Έτος Αντικώδικες

ΛΗΞΗ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΤΑΚΛΗΣΗΣ: |___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|* |___|___|* |___|___|*
Ημ. Μην. Έτος Αντικώδικες

ΑΡ. ΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ (VISA): GR |___|___|___|___|___|___|___|___|

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΚΛΗΤΟ : € |___|___|___|___|, |___|___|

……../……../20……

Ο απασχολούμενος **Ο εργοδότης ή νόμιμος εκπρόσωπος του εργοδότη / του υποκαταστήματος της επιχείρησης**

(Υπογραφή) (Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησης)

Ελέγχθηκαν τα ανωτέρω στοιχεία
Ο Ανταποκριτής Ο.Γ.Α.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ Α2

Το έντυπο ΑΤΟΜΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ συμπληρώνεται σε τρία (3) αντίτυπα από τον εργοδότη στον οποίο **απασχολείται** ο εργαζόμενος (φυσικό πρόσωπο ή έδρα της επιχείρησης ή Υποκατάστημα της επιχείρησης, ανάλογα).

Τα στοιχεία που επισημαίνονται με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται από την Υπηρεσία.

ΕΙΔΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο (ατομική επιχείρηση) συμπληρώνεται η ένδειξη 98. Αν ο εργαζόμενος απασχολείται στην έδρα της επιχείρησης συμπληρώνεται η ένδειξη 99. Αν απασχολείται σε Υποκατάστημα της επιχείρησης συμπληρώνεται η ένδειξη 97.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Α.Φ.Μ.: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά,** με **ευκρινή στοιχεία** και **σωστά,** ο αριθμός φορολογικού μητρώου του εργοδότη (φυσικό πρόσωπο) ή της επιχείρησης, ανάλογα.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (ΑΜΕ): Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά,** όταν έχει δοθεί από τον ΟΓΑ, ο **ΑΜΕ της μονάδας που απασχολείται** ο εργαζόμενος (της ατομικής εκμετάλλευσης ή της έδρας της επιχείρησης ή του Υποκαταστήματος της επιχείρησης, ανάλογα).

ΕΠΩΝΥΜΙΑ Ή ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο συμπληρώνονται τα στοιχεία του – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.

Αν είναι επιχείρηση, συμπληρώνεται η πλήρης επωνυμία της, όπως προκύπτει από επίσημα έγγραφα (έναρξη ΔΟΥ, καταστατικό – δημοσίευση σε ΦΕΚ κ.λπ.), κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης.

ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ: Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο εργαζόμενος απασχολείται σε Υποκατάστημα / Μονάδα Παραγωγής Επιχείρησης.

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: Συμπληρώνεται υποχρεωτικά.

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΥ

Α.Μ.Κ.Α.: Συμπληρώνεται υποχρεωτικά.

Α.Φ.Μ.: Συμπληρώνεται **οπωσδήποτε, υποχρεωτικά,** ο αριθμός φορολογικού μητρώου του απασχολούμενου.

Α.Μ. ΟΓΑ: **Ο Α.Μ. ΟΓΑ και τα αρχικά** συμπληρώνονται απαραιτήτως για **παλιό** ασφαλισμένο του ΟΓΑ και στην περίπτωση αυτή δεν υποβάλλεται Δελτίο Απογραφής Ασφαλισμένου.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Συμπληρώνονται τα στοιχεία του απασχολούμενου – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ και ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ.

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται η ημέρα, ο μήνας και το έτος γέννησης του απασχολούμενου. Σε περίπτωση που για κάποιον δεν προκύπτει η ημέρα και ο μήνας γέννησής του, από κανένα επίσημο στοιχείο (Αστ. Ταυτότητα, ληξιαρχική πράξη γέννησης, Μητρώα Αρρένων, Διαβατήριο, κ.λπ.), τότε συμπληρώνεται μόνο το έτος γέννησης.

ΑΡΙΘ. ΑΤ/ΔΙΑΒ/ΑΔ ΠΕΡ/Ε.Ε./Δ.Τ.Ο.: Αναγράφεται, ανάλογα με το αν ο απασχολούμενος είναι ημεδαπός ή αλλοδαπός, ο Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας ή ο Αριθμός Διαβατηρίου ή ο αριθμός της άδειας διαμονής από την αρμόδια Υπηρεσία Αλλοδαπών ή ο αριθμός της **Κάρτας Πολίτη Ε.Ε.** ή ο Αριθμός του Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς. Για τους μετακλητούς υπηκόους τρίτων χωρών των Ν.3232/2004 & Ν.4018/2011 όπως ισχύουν, αναγράφεται ο αριθμός του διαβατηρίου τους.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: Περιγράφεται συνοπτικά το αντικείμενο απασχόλησης του απασχολούμενου.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: Συμπληρώνεται η κατηγορία ασφάλισης που επιλέγει ο εργοδότης ($5^{η}$,$6^{η}$,ή $7^{η}$).

ΜΕΤΑΚΛΗΤΟΣ (ΝΑΙ/ΟΧΙ): Συμπληρώνεται **ΝΑΙ ή ΟΧΙ** ανάλογα αν ο απασχολούμενος είναι ή δεν είναι μετακλητός υπήκοος τρίτης χώρας.

ΕΝΑΡΞΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ/ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Συμπληρώνεται η ημέρα, ο μήνας και το έτος που ο απασχολούμενος αρχίζει τη δραστηριότητα για την οποία ασφαλίζεται στον ΟΓΑ.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται η ημέρα, ο μήνας και το έτος, εφόσον ο απασχολούμενος διέκοψε την απασχόλησή του πριν την απογραφή. Διαφορετικά δεν συμπληρώνεται.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Συμπληρώνεται η διεύθυνση κατοικίας του απασχολούμενου.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΛΗΤΟ ΤΟΥ Ν.3232/04 Ή ΕΠΟΧΙΑΚΟ/ΑΛΙΕΡΓΑΤΗ ΤΟΥ Ν.4018/11

ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ: Συμπληρώνεται η ημερομηνία και το έτος εισόδου στην Ελλάδα.

ΛΗΞΗ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΤΑΚΛΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται η ημέρα, ο μήνας και το έτος που λήγει η μετάκληση του ως άνω αλλοδαπού στη χώρα. Η ημερομηνία αυτή είναι η ίδια με την ημερομηνία λήξης της άδειας διαμονής που έχει χορηγηθεί στο μετακλητό από την αρμόδια Υπηρεσία Αλλοδαπών και Μετανάστευσης της Αποκεντρωμένης Διοίκησης ή τη λήξη της θεώρησης εισόδου για εργασία (VISA) για εποχιακούς και μετακλητούς αλιεργάτες του Ν.4018/2011, όπως ισχύει.

ΑΡΙΘ. ΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ (VISA): Συμπληρώνεται ο αριθμός θεώρησης από την αρμόδια προξενική αρχή (VISA), που υπάρχει στο διαβατήριο του αλλοδαπού ή σε άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΕΤΑΚΛΗΘΕΝΤΑ: Συμπληρώνεται το ποσό που προκαταβλήθηκε στην ΑΤΕ για ασφαλιστικές εισφορές του μετακληθέντα αλλοδαπού.