



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣΕνιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης**ΠΡΟΣ :****Το Υποκ/μα Μισθωτών Ε.Φ.Κ.Α.**

.....

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** / /

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
(Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ :

.....

Α.Μ.Ε.:..... **Α.Φ.Μ. :****Όνομα-Επώνυμο Υπευθύνου:**.....**Διεύθυνση Έδρας Επιχείρησης:**..... **Τ.Κ.:**.....**Σταθερό Τηλέφωνο :**..... **Κινητό :**.....**IBAN Επιχείρησης:**.....

Με την παρούσα αιτούμαι την επιστροφή εισφορών χρονικής περιόδου..... λόγω :

Μεταβολής Στοιχείων Ασφάλισης	
Καταβολής πάνω από το Πλαφόν	
Λανθασμένης καταβολής εισφορών	
Υπερείσπραξης	
Άλλο	

(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο)

.....

....Αιτ...**(Σφραγίδα - Υπογραφή - Ονομ/νυμο)**

***Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣΕνιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης**ΠΡΟΣ :****Το Υποκ/μα Μισθωτών ΕΦ.Κ.Α.****ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :**/...../.....

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)

Προσωπικά Στοιχεία:**Ονοματεπώνυμο – Πατρώνυμο :**

.....

Α.Μ.ΚΑ : **Α.Φ.Μ. :****Διεύθυνση Κατοικίας:** **Τ.Κ.:****Σταθερό Τηλέφωνο :** **Κινητό:****IBAN :****Στοιχεία Απασχόλησης:****Επωνυμία Εργοδότη:****Α.Μ.Ε.:****Α.Φ.Μ. Εργοδότη:**

Με την παρούσα αιτούμαι την επιστροφή εισφορών χρονικής περιόδου.....λόγω :

Μετατροπής – Ακύρωσης Ασφάλισης	
Άλλο	

(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο)

.....

....Αιτ...

(Υπογραφή - Ονομ/νυμο)

***Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.**