ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε. ΑΙΤΗΣΗ

# ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ & ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦ/ΝΩΝ Ο.Α.Ε.Ε.

**ΔΙΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟ: …………………… ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ ΑΠΟ: …………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Συμμετοχή σε Ομόρρυθμη ή Ετερόρρυθμη Εταιρία | 4. |  | Συμμετοχή σε άλλες Ενώσεις Προσώπων |
|  |  | Συμμετοχή σε ΕΠΕ, ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ, ΑΕ | 5. |  | Για άσκηση Επαγγελματικής, Βιοτεχνικής Δραστηριότητας - Ατομικά |
|  |  | Συμμετοχή σε Κοινοπραξία |  |  |
|  |  |  | 6. |  | 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) **A.M.K.A. :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Α.Φ.Μ** | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  | |  | | **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ  Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ  Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ | | | | | | | | | | | | ΟΝΟΜΑ | | | | | | | | | | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | | | | | | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **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** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | |
| Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, 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 Ι | | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ Ι** | | | | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ι** | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** | | | | | |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ**  Κ 0510/25/09 (Περιφ. Τμήμα) | | | | | | **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 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός……………………………. Ημερομηνία Παραλαβής………………. Συνημμένα………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ονοματεπ/μο :………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Υπογραφή …………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**  ΗΜ/ΝΙΑ…………………./……………/…………… Ο/Η ΑΙΤ…….. | | | | | | | | | | | | | | | | |