

**Ο.Α.Ε.Ε.**

**ΑΙΤΗΣΗ  
 ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦ/ΝΩΝ Ο.Α.Ε.Ε.**

ΑΠΟ.....

1.  Επί Ατομικών Επιχειρήσεων  
 2.  Επί Εταιριών Ο.Ε. & Ε.Ε  
 3.  Επί Ε.Π.Ε. & Ανώνυμων Εταιριών  
 4.  Άλλο

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

<b>ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:</b>	<b>ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.</b>							

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)**

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"/>

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	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. ....	
<b>ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ</b>	<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>
Όνοματεπ/μο : .....	Αριθμός.....
Υπογραφή .....	Ημερομηνία Παραλαβής.....
	Συνημμένα.....

Ημ/νία:...../...../.....  
 Ο/Η Αιτ.....

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία