

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) Α.Μ.Κ.Α. :

| | | |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Α.Φ.Μ | | ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |
| Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ | | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |
| 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"/> |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. | | | <input type="checkbox"/> |

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, 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. | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ |
| ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ | Αριθμός..... |
| Όνοματεπ/μο : | Ημερομηνία Παραλαβής..... |
| Υπογραφή | Συνημμένα..... |

| | |
|--|-------------------------|
| *ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ | ΗΜ/ΝΙΑ...../...../..... |
| | Ο/Η ΑΙΤ..... |

Κ 0510/7/06 (Περ. Τμήμα)