

**ΑΙΤΗΣΗ**

Για ρύθμιση οφειλών

**ΑΜ ΤΥΔΕ** .....

**ΑΜ ΤΑΝ** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ** .....

**ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** .....

**ΑΜΚΑ** .....

**ΑΦΜ /ΔΟΥ** .....

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ** .....

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ** .....

**ΟΔΟΣ** ..... **ΑΡ.** .....

**ΤΚ** ..... **ΠΟΛΗ** .....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** .....

**FAX** .....

**E-MAIL** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**.....

**ΠΡΟΣ**

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών  
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ να υπαχθώ στην «Πάγια» ρύθμιση  
του Ν.4152/2013-ΙΑ.1 & Ν.4158/2013 σε 12  
δόσεις.

- Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται  
(υπεύθυνες δηλώσεις, πιστοποίηση ΕΤΕ κλπ)  
θα υποβληθούν σε 30 εργάσιμες μέρες από  
την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- Υποβάλλω ασφαλιστικό βιβλιάριο ενσήμων:  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Η καταβολή της α΄ δόσης πρέπει να γίνει σε  
επτά (7) εργάσιμες μέρες από την ειδοποίηση  
του Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε.. Η ειδοποίηση του  
Ε.Τ.Α.Α.-Τ.Υ.Δ.Ε. επιθυμώ να γίνει με τον εξής  
τρόπο:  φαξ  e-mail

**Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ**