

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΕΞΑΓΟΡΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Προς
Ε.Φ.Κ.Α.
Περιφερειακή Υπηρεσία
Τοπικό Υποκ/μα
(Αναγράφεται το Υποκ/μα Ε.Φ.Κ.Α. του τόπου κατοικίας του ασφ/νου)

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____	Ημερ. Πρόσληψης: _____
ΟΝΟΜΑ : _____	Κατάστημα /Δ/νση: _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____	Τηλ. Υπηρεσίας: _____
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____	Τηλ. Οικίας : _____
ΑΡ. ΜΗΤΡ. Ε.Τ.Ε. : _____	Κινητό Τηλ.: _____
ΑΡ. ΜΗΤΡ. Ε.Φ.Κ.Α. : _____	Οδός-Αριθμός: _____
Α.Μ.Κ.Α. : _____	Πόλη : _____ Τ.Κ. _____
Α.Φ.Μ. : _____ ΔΟΥ _____	Εν Ενεργεία : <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος : <input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____	
ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ: _____	
ΑΣΤΥΝ.ΤΜΗΜΑ _____	

Αιτούμαι την εξαγορά του χρόνου στρατιωτικής μου υπηρεσίας προς θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος με 35 έτη ασφάλισης.

Δηλώνω υπευθύνως ότι έλαβα γνώση των όρων που διέπουν την εξαγορά του ασφαλιστικού χρόνου, τους οποίους και αποδέχομαι πλήρως.

Υποβάλλω συνημμένα όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Τρόπος πληρωμής: ολική εξόφληση δόσεις

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ (Ν. 1358/83)	ΕΤΗ	ΜΗΝΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ
	_____	_____	_____

Δηλώνω υπευθύνως ότι:

- είμαι ασφαλισμένος στον Ε.Φ.Κ.Α. (Τ. Τ.Σ.Π. ΕΤΕ) (με καταστατικές διατάξεις) και
- έχω υποβάλει αίτηση στο Κ.Ε.Π.
για χορήγηση πιστοποιητικού τύπου Α', το οποίο θα προσκομίσω στην Υπηρεσία σας μόλις το παραλάβω.

Αθήνα, / /20

Ο Αιτών