ΕΝΤΥΠΟ 7

ΑΙΤΗΣΗ
(για την επανακατάθεση εισφορών)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΑΡ.ΜΗΤΡ. Ε.Τ.Ε. :_____

ΑΡ.ΜΗΤΡ. Ι.Κ.Α. :_____

Α.Μ.Κ.Α. : _____

Α.Φ.Μ. : _____ΔΟΥ_____

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.: _____

ΠΟΛΗ: _____Τ.Κ.: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ Τ/Φ : _____

ΑΡΙΘΜ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΑΣΤΥΝ.ΤΜΗΜΑ : _____

Προς τον
Λογαριασμό Επικουρήσεως Προσωπικού
Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος

Κύριε Διευθυντά,

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 1405 / 83, αιτούμαι την έγκριση της επανακατάθεσης των ασφαλιστικών μου εισφορών (του ασφαλισμένου) για το χρονικό διάστημα

από_____

μέχρι_____ ,

τις οποίες ανέλαβα στις
_____ .

Παρακαλώ επίσης να μου γνωστοποιήσετε το ποσό που πρέπει να καταβάλω στον Λογαριασμό Επικουρήσεως για την μεταφορά του χρόνου αυτού στο _____

_____ .

Συνημμένα υποβάλλω Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599 / 86, από την οποία προκύπτει ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις για την επανακατάθεση στο Λογαριασμό Επικουρήσεως των ασφαλιστικών μου εισφορών (του ασφαλισμένου).

Δηλώνω υπευθύνως ότι όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία είναι ορθά και αληθή.

ΙΒΑΝ ΤΡΕΧΟΥΜΕΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ :

G	R																									

Αθήνα, / /

Ο / Η Αιτ…….

(ΜΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ)