ΤΑΜΕΙΟ
ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.
Καθολικός διάδοχος
του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. ΤΑ.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22, 10433 Αθήνα
Τηλ. 210-5226240
Fax. 210-5243041
E-mail: esoda@tayfe.gr, pronoia@tayfe.gr
Web site: www.tayfe.gr

1. (1*)ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

[(1*)αιτών νοείται: α) το φυσικό πρόσωπο σε ατομική επιχείρηση ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του (με γνήσιο υπογραφής), β) για εταιρεία, ο νόμιμος εκπρόσωπος ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του (με γνήσιο υπογραφής) ή ο πληρεξούσιος]

Επώνυμο: ……

Όνομα:……

Ον. Πατέρα: ……

Αριθμός Δ.Α.Τ.:……

Α.Φ.Μ: ……

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

Τόπος: …….

Οδός: ……

Αριθμός:…… Τ.Κ. ……

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ……

ΚΙΝ:……

Φαξ:……..

email:……

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Επωνυμία.:……

Α.Μ.Ε.:……..

Α.Φ.Μ.:……

Δ.Ο.Υ.:……

Οδός: ……..

Αριθμός: ……Τ.Κ. ……

ΤΗΛ: ……Φάξ……

email : ……

Ημερομηνία: _____

Αρ. Πρωτ.:_____

ΠΡΟΣ:

ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΤΑΥΦΕ - ΝΠΙΔ)

ΑΙΤΗΣΗ

Παρακαλώ, όπως διενεργήσετε έλεγχο και προβείτε στη ρύθμιση των τυχόν οφειλών μου σύμφωνα με τις διατάξεις της Υπ. ΙΑ.1.: Πάγια Ρύθμιση, του Ν.4152/2013 & την υπ' αρ. 602/88/04.11.2015 απόφαση του ΔΣ του ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ σε δώδεκα (12) ισόποσες μηνιαίες δόσεις.

Πίνακας συνυποβαλλόμενων δικαιολογητικών		
1*	Υπεύθυνη Δήλωση του αρ. 8 του Ν.1599/1986 σχετ. με φοροδιαφυγή	
2*	Υπεύθυνη Δήλωση του αρ. 8 του Ν.1599/1986 σχετ. με αδυναμ. Εφάπαξ πληρ. – βιωσιμότητα ρύθμισης	
3*	Αναλυτικές Περιοδικές Δηλώσεις (ΑΠΔ) του ΙΚΑ	
4*	Αποδεικτικά πληρωμών τραπέζης, που αφορούν εισφορές του Ταμείο μας	
5*	Έναρξη εργασιών της επιχείρησης, καθώς και τυχόν μεταβολές	
6*	Αναγγελίες Προσλήψεων	
7*	Καταγγελίες συμβάσεων εργασίας	
8*	Αποχωρήσεις υπαλλήλων ή μεταβολές στις εργασιακές σχέσεις	
9*	Ετήσιοι Πίνακες Προσωπικού	

Η αίτηση θα απορρίπτεται σε περίπτωση μη υποβολής των ανωτέρω δικαιολογητικών.

Ημερομηνία……../……../ 2016

Ο/Η Αιτών/ούσα

_____

(Υπογραφή –Ονοματεπώνυμο)