

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία Παρόχου

Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία :

.....

Επαγγελματική δραστηριότητα-
Ειδικότητα:

.....

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

Ημερομηνία έναρξης συνεργασίας:

.....

Δ/νση:.....

.....

Τηλ. Επικοινωνίας:.....

E-mail:.....

Ημερομηνία:.....

Με την παρούσα αίτηση ζητώ τη
λήξη της συνεργασίας μου με τον
ΕΟΠΥΥ από
(ημερομηνία).....

*Παρακαλούμε προαιρετικά όπως
συμπληρώσετε τους λόγους για τους
οποίους επιθυμείτε τη λήξη της
συνεργασίας με τον ΕΟΠΥΥ:*

-Οικονομικοί λόγοι.....

.....

-Συνταξιοδότηση.....

-Αλλαγή δραστηριότητας.....

-Άλλοι λόγοι (παρακαλούμε
αναφέρετε τους λόγους)

.....

.....

.....

Υπογραφή-σφραγίδα

