

Καθολικός διάδοχος

του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Α.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22 - 104 33 Αθήνα

Διεύθυνση Μητρώου

Τηλ: 210 5230426

Fax: 210 5230427

email : apografiko@tayfe.gr

<http://www.tayfe.gr/>

ΔΕΛΤΙΟ
ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ - ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αριθμός Μητρώου Τ.Α.Υ.Φ.Ε *		
<i>* Συμπληρώνεται από την υπηρεσία</i>		
ΕΠΩΝΥΜΙΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ		
ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ		ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Α.Φ.Μ.	ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ	
Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ		

2) ΕΙΔΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	
	ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ	
	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	
	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	
	ΆΛΛΗ	

3) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Νομός:	Πόλη:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e_mail:

**4) ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX	E-MAIL

5) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΩΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ

1ος

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙ Α Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ		ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ	
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			

2ος

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙ Α Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ		ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ	
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			

3ος			
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙ Α Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ		ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ	
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			

** Αναφέρατε την απόφαση του Δ.Σ. ή άλλων οργάνων, ή εγγράφων και στοιχείων, με τα οποία ορίστηκαν οι δηλωθέντες νόμιμοι εκπρόσωποι.*

Δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Ν.1599/86 ότι τα στοιχεία που αναγράφονται σε όλες τις σελίδες του παρόντος εντύπου είναι αληθή.

.....
Ο Δηλών εργοδότης ή ο πληρεξούσιος του

.....
Όνοματεπώνυμο - Σφραγίδα

Υποβάλλονται συνημμένα:

	<i>Καταστατικό επιχείρησης και τυχόν τροποποιήσεις/ μεταβολές</i>
	<i>Έναρξη εργασιών από Δ.Ο.Υ. και τυχόν τροποποιήσεις/ μεταβολές</i>
	<i>Πίνακας Προσωπικού</i>
	<i>Φωτοτυπίες ταυτότητας των νομίμων εκπροσώπων</i>