

Τ.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.

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

Ημ/νία:
Αρ. Πρώτ:

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22 – 10433 ΑΘΗΝΑ

ΤΜΗΜΑ: Εσόδων-Μητρώου

Τηλ.: 210-5226240

Fax: 210-5243041

E-mail: apografiko@tayfe.gr

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

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ														
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Τ.Α.Υ.Φ.Ε. (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)														
Α.Μ.Κ.Α.														
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ														
Α.Φ.Μ.														
ΑΡΜΟΛΙΑ Δ.Ο.Υ.														
ΟΝΟΜΑ														
ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ														
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ							ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ							
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ							ΦΥΛΟ		ΑΡΡΕΝ				ΘΗΛΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ / ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ		ΕΙΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ			ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ									
	/...../.....			ΠΟΛΗ		ΝΟΜΟΣ			ΧΩΡΑ				

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΑΧ.ΚΩΔ.	ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (1)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)	FAX
			e-mail

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΠΕΛΙΟ)					
ΑΓΑΜΟΣ		ΕΓΓΑΜΟΣ		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	
				ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ					
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:			ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ					
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:			ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. 1ου ΤΕΚΝΟΥ		
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:			ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. 2ου ΤΕΚΝΟΥ		
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:			ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. 3ου ΤΕΚΝΟΥ		

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (Κατά την Απογραφή)		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ	Δ.Ο.Υ.	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ (Κατά την Απογραφή)		
Σ.Σ.Ε. στην οποία υπάγεται ο εργαζόμενος		

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
<small>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΦΑΡΜΑΚΟΥ (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. Ν.Π.Δ.Δ.-Κλάδος Πρόνοιας, Τ.Α.Π.Ι.Τ. Ν.Π.Δ.Δ., Τ.Α.Υ.Φ.Ε. Ν.Π.Ι.Δ.)</small>	<small>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ (Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ε.Τ.Α.Α. κλπ, ΠΑΗΝ Ο.Γ.Α. και Ν.Α.Τ.)</small>	
...../...../...../...../.....	
ΜΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ	ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ ΜΕΧΡΙ 31/12/1992)>>>ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΔΕΞΙΑ	
	ΝΕΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΟ 01/01/1993 ΚΑΙ ΜΕΤΑ)>>>ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΔΕΞΙΑ	
6. ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ		
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΕΙΛΙΚΟΤΗΤΑ
ΛΟΙΠΗ ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΚΛΑΔΟ		

Δηλώνεται υπεύθυνα η ορθότητα των ανωτέρω στοιχείων
Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/Η

Σφραγίδα & Υπογραφή Εργοδότη

Ημερομηνία/...../.....

Σημείωση: Κάθε ασφαλισμένος και εργοδότης είναι υπεύθυνος για τα στοιχεία που δηλώνονται, βάσει των οποίων θα καθοριστεί ο ασφαλιστικός του βίος. Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.