



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣΕνιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΠΡΟΣ :

Το Υποκ/μα Μισθωτών ΕΦ.Κ.Α.

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :/...../.....

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)

Προσωπικά Στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο – Πατρώνυμο :

Α.Μ.ΚΑ : Α.Φ.Μ. :

Διεύθυνση Κατοικίας: Τ.Κ.:.....

Σταθερό Τηλέφωνο :..... Κινητό:.....

IBAN :.....

Στοιχεία Απασχόλησης:

Επωνυμία Εργοδότη:.....

Α.Μ.Ε.:.....

Α.Φ.Μ. Εργοδότη:.....

Με την παρούσα αιτούμαι την επιστροφή εισφορών χρονικής περιόδου.....λόγω :

Μετατροπής – Ακύρωσης Ασφάλισης	
Άλλο	

(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο)

.....
....Αιτ....

(Υπογραφή - Ονομ/νυμο)

*Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.