

ΕΝΤΥΠΟ Κ.1**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΩΝ
ΕΡΓΩΝ**

Αποστέλλεται συμπληρωμένο από το Τοπικό ή Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. απογραφής, με fax , στο Παράρτημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ή Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης και παραδίδεται στον εργοδότη και αντίγραφο του φυλάσσεται.

<p><u>ΕΠΩΝΥΜΙΑ :</u></p> <p>.....</p> <p>Α.Φ.Μ. :</p> <p>Α.Μ.Ο.Ε. :</p> <p>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΟΥ :</p> <p>.....</p> <p>Τηλ. Επικοινωνίας :</p>
<p><u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :</u></p> <p>Ποσό Ευρώ :</p> <p>..... (.....)</p> <p>(ολογράφως και αριθμητικώς) για προκαταβολή στο Ιδιωτικό Οικοδομικό Έργο με Α.Μ.Ο.Ε.: (δέκα ψηφία)</p> <p>Επωνυμία Εργοδότη :</p> <p>.....</p> <p>Α.Φ.Μ.:</p> <p>Τηλέφωνο Επικοινωνίας:</p>
<p><u>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:</u></p> <p>Το προαναφερόμενο ποσό ο εργοδότης <u>πρέπει να καταθέσει</u> στην Τράπεζα (αναγράφεται η επωνυμία της Τράπεζας) στον λογαριασμό του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.....</p> <p>..... Κωδικός Υποκαταστήματος (.....)</p> <p>με αριθμό : (αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού) .</p>

...../...../ 2014

Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Εργοδότης

ΕΝΤΥΠΟ Κ.2**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΔΟΣΕΩΝ ΓΙΑ ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ
ΕΧΟΥΝ ΡΥΘΜΙΣΘΕΙ**

Αποστέλλεται συμπληρωμένο από το Τοπικό ή Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. απογραφής, με fax , στο Παράρτημα Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. ή Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης και παραδίδεται στον εργοδότη και αντίγραφο του φυλάσσεται.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ :

.....

Α.Φ.Μ. :

Α.Μ.Ε./Α.Μ.Ο.Ε. :

Α.Μ.Ο. :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

.....

Τηλ. Επικοινωνίας :

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :

Ποσό Ευρώ :

.....(.....)

(ολογράφως και αριθμητικώς) για καταβολή δόσης ρύθμισης με αριθμ.....
Υποκ/τος.....

Επωνυμία Εργοδότη :.....

.....

με **Α.Μ.Ε./Α.Μ.Ο.Ε. :**..... **Α.Μ.Ο.:**

Α.Φ.Μ:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Το προαναφερόμενο ποσό ο εργοδότης **πρέπει να καταθέσει** στην Τράπεζα (αναγράφεται η επωνυμία της Τράπεζας) **στον**

λογαριασμό του Υποκ/τος ή Ταμείου Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.....

..... Κωδικός Υποκ/τος ή Ταμείου (.....)

με **αριθμό :** (αναγράφεται

ο αριθμός λογαριασμού) .

...../...../ 2014

Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Εργοδότης

ΕΝΤΥΠΟ Κ.3**ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙ ΣΤΙΣ ΤΑΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Αποστέλλεται συμπληρωμένο από το Τοπικό ή Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. απογραφής, με fax , στο Παράρτημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ή Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης και παραδίδεται στον εργοδότη και αντίγραφό του φυλάσσεται.

<u>ΕΠΩΝΥΜΙΑ</u> :	
.....	
Α.Φ.Μ.	:
Α.Μ.Ε./Α.Μ.Ο.Ε.	:
Α.Μ.Ο.	:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	:
.....	
Τηλ. Επικοινωνίας	:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :

Ποσό Ευρώ :

..... (.....)

(ολογράφως και αριθμητικώς) για εξόφληση ληξιπρόθεσμων ασφαλιστικών εισφορών που έχουν βεβαιωθεί στις Ταμειακές Υπηρεσίες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Επωνυμία Εργοδότη :

.....

με **Α.Μ.Ε./Α.Μ.Ο.Ε.** : **Α.Μ.Ο.** :

Α.Φ.Μ.:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Το προαναφερόμενο ποσό ο εργοδότης **πρέπει να καταθέσει** στην Τράπεζα (αναγράφεται η επωνυμία της Τράπεζας) **στον λογαριασμό του Υποκ/τος ή Ταμείου Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.**.....

..... Κωδικός Υποκ/τος ή Ταμείου(.....)

με **αριθμό** : (αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού) .

...../...../ 2014

Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Εργοδότης

ΕΝΤΥΠΟ Κ.4**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΙΣ ΧΡΟΝΩΝ**

Αποστέλλεται συμπληρωμένο με fax, από το Τοπικό ή Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. στο Παράρτημα ή Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης στο βαθμό που δεν επαρκούν τα προσκομισθέντα από τον ασφαλισμένο στοιχεία και δεν υπάρχει δυνατότητα άντλησης - διασταύρωσης αυτών μέσω Ο.Π.Σ./Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ..

Το παρόν ΕΝΤΥΠΟ παραδίδεται στον ασφαλισμένο και αντίγραφο του φυλάσσεται.

ΕΠΩΝΥΜΟ	:
ΟΝΟΜΑ	:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ	:
Α.Μ.Α.	:
Α.Φ.Μ.	:
Τηλ. Επικοινωνίας	:
Δ/ση κατοικίας	:
<u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :</u>	
Ποσό Ευρώ :(.....)
<i>(ολογράφως και αριθμητικώς) για εισφορά προαιρετικής τρέχοντος μηνός / δόση αναγνώρισης..... του ασφαλισμένου.....</i>	
..... με Α.Μ.Α.:	
Α.Φ.Μ. :	Αριθμ. Απόφασης:
..... Αρμόδιο Υποκ/μα	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας :	
<u>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:</u>	
Το προαναφερόμενο ποσό ο ασφαλισμένος <u>πρέπει να καταθέσει</u> στην Τράπεζα <i>(αναγράφεται η επωνυμία της τράπεζας)</i>	
στον λογαριασμό του Τοπικού Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.	
..... Κωδικός (.....) με αριθμό:	
..... <i>(αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού) .</i>	

...../...../ 2014

Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Ασφαλισμένος

ΕΝΤΥΠΟ Κ.5**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΑΒΟΛΟ Κ.Ε.Π.Α.**

Το παρόν ΕΝΤΥΠΟ παραδίδεται στον ασφαλισμένο και αντίγραφο του φυλάσσεται.

ΕΠΩΝΥΜΟ	:
ΟΝΟΜΑ	:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ	:
Α.Μ.Κ.Α.	:
Α.Φ.Μ.	:
Τηλ. Επικοινωνίας	:
Δ/ση κατοικίας	:
Αρμόδιος Φορέας στον οποίον θα υποβληθεί το συνταξιοδοτικό αίτημα	
.....	
<u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :</u>	
Ποσό Ευρώ : σαράντα εννέα Ευρώ και δέκα έξι λεπτά (49,16 €)	
Για παράβολο Κ.Ε.Π.Α. του ασφαλισμένου.....	
.....	
..... με Α.Μ.ΚΑ.:	
Α.Φ.Μ :	
Αρμόδιος Φορέας στον οποίον θα υποβληθεί το συνταξιοδοτικό αίτημα	
.....	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας :	
<u>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:</u>	
Το προαναφερόμενο ποσό ο ασφαλισμένος <u>πρέπει να καταθέσει</u> στην Τράπεζα	
(αναγράφεται η επωνυμία της τράπεζας)	
στον λογαριασμό του Τοπικού Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.	
..... Κωδικός (.....) με αριθμό:	
..... (αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού) .	

...../...../ 2014

Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Ασφαλισμένος