



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣΕνιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης**ΠΡΟΣ :****Το Υποκ/μα Μισθωτών Ε.Φ.Κ.Α.**

.....

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** .../.../.....

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
(Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ :

.....

Α.Μ.Ε.:..... **Α.Φ.Μ. :****Όνομα-Επώνυμο Υπευθύνου:**.....**Διεύθυνση Έδρας Επιχείρησης:**..... **Τ.Κ.:**.....**Σταθερό Τηλέφωνο :**..... **Κινητό :**.....**IBAN Επιχείρησης:**.....

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

Μεταβολής Στοιχείων Ασφάλισης	
Καταβολής πάνω από το Πλαφόν	
Λανθασμένης καταβολής εισφορών	
Υπερείσπραξης	
Άλλο	

(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο)

.....
....Αιτ....

(Σφραγίδα - Υπογραφή - Ονομ/νυμο)

***Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.**