

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ένταξης οφειλών στην Ρύθμιση του Ν. 5143/24

A. ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ:.....

Α.Δ.Τ.....

Α.Φ.Μ.....

ΔΟΥ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΩΔ. ΟΦΕΙΛΕΤΗ:.....

E-mail:

B. ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΟΦΕΙΛΕΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ.....

ΕΔΡΑ.....

ΚΑΔ.....

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΟΔΟΣ:.....

Τ.Κ:.....

Α.Δ.Τ:.....

Α.Φ.Μ.:.....

Δ.Ο.Υ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

E-mail:

Ελευσίνα,

Αριθμ. Πρωτοκ.....

ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΗΜΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ **ΤΑΜΕΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Παρακαλώ ζητώ την ένταξη των οφειλών μου, ποσού μεδόσεις σε ρύθμιση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 5143/24.

Ειδικότερα εντάσσομαι στην περίπτωση της Παραγράφου 1.Ευάλωτου οφειλέτη με μείωση αναλογικά προσαυξήσεων και προστίμων και επισυνάπτω σχετική Βεβαίωση :

Ευάλωτος οφειλέτης(με σχετική Βεβαίωση).

Δηλώνω υπεύθυνα (άρθρο 8 Ν.1599/1986) ότι:

1. τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986
2. ότι αδυνατώ οικονομικά να καταβάλλω τις οφειλές μου εφ' άπαξ ενώ δύναμαι να αποπληρώνω τις δόσεις που αιτούμαι.

Ο/Η Αιτών/ούσα-Δηλών/ούσα

Συνημμένα:

**Για πληροφορίες σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις ένταξης στη ρύθμιση, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην Ταμειακή Υπηρεσία του Δήμο, εργάσιμες ημέρες από 8:00 έως 15:00. τηλ. 2105537250-260-285.*